

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01003 vom 30. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01003

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01003 du 30 avril 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01003 del 30 aprile 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab Januar 2004 gültigen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei erwerbstätigen Versicherten gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 3

3.1 Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente. Die medizinischen Akten zeigen folgendes Bild über deren Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit:

3.2 Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, welcher die Versicherte erstmals am 21. Juni 2005 untersucht hatte, führte in seinem Bericht vom 29. Juli 2005 (Urk. 8/11/7-10) unter anderem aus, eine am 24. Juni 2005 durchgeführte Computertomographie (CT) der Lendenwirbelsäule (LWS) lokalisiere Veränderungen auf Höhe L4/5 und L5/S1 mit intraforaminalen Protrusionen, eventuell subligamentären Diskushernien L5/S1 und L4/5 bei Osteochondrose und Vakuumphänomenen dieser Bandscheiben sowie mit Forameneinengungen L4/5 und L5/S1 links. Eine Diskushernie L3/4 oder eine fokale Protrusion liege nicht vor, die Bandscheibe L2/3 sei normal konfiguriert. Es bestehe eine erhebliche Einengung des rechten Foramens L4/5 rechtslateral mit sklerosierender Osteochondrose/ Spondylose. Anlässlich einer weiteren Konsultation der Versicherten am 25. Juli 2005 berichtete Dr. A.____ von den gleichen Beschwerden, die der Arzt den erhobenen degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule zuschrieb (Urk. 8/11/10).

3.3 Dr. Z.____, welcher die Beschwerdeführerin seit 12. Februar 2005 behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. Januar 2006 (Urk. 8/11/1-6) eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.2) sowie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine, links mehr als rechts. Er gab an, keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit machen zu können, da weitere medizinische Abklärungen sinnvoll seien (Urk. 8/11/4). Diese Ansicht äusserte er auch am 22. August 2006 (Urk. 8/14). An anderer Stelle im Bericht vom 19. Januar 2006 hielt er jedoch fest, die Beschwerdeführerin sei seit 1. Februar 2005 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/11/5).

E. 3.4

3.4.1 Gemäss MEDAS-Gutachten vom 22. Januar 2007 wurde die Beschwerdeführerin am 25. Oktober und 12. Dezember 2006 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht (Urk. 8/25/15 und 8/25/20).

Dabei diagnostizierten die Ärzte ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom funktionell-mechanischer Genese (ICD-10: M54.5) sowie eine Osteochondrose L3-S1 (ICD-10: M42.1). Ferner diagnostizierten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit einer leichten reaktiven Depression.

3.4.2 Bei der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit kamen die Ärzte zu folgendem Schluss (Urk. 8/25/34 ff.):

Das lumbospondylogene Syndrom begründe aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Rückenbelastbarkeit. Für eine angepasste Tätigkeit (rückenschonend mit der Möglichkeit zum Wechseln der Körperposition) würden jedoch keine Einschränkungen bestehen. Auch das Weichteilschmerzsyndrom

begründete keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit und könne auch die gezeigten Belastungsgrenzen der Versicherten (Verdacht auf Selbstlimitierung) nicht erklären. Bei der psychiatrischen Untersuchung seien ähnlich wie bei der rheumatologischen Begutachtung und der internistischen Erstuntersuchung die Inkonsistenzen in der Darstellung des Unfallhergangs, der Beschwerdeentwicklung und des aktuellen Beschwerdebildes als auffällig empfunden worden. Auch die Verhaltensbeobachtung habe eine Diskrepanz zwischen spontanem Verhalten und der Darstellung der Symptomatik und Einschränkungen in der Untersuchungssituation ergeben. Eine leichte depressive Symptomatik sei anhand der anamnestischen Angaben und des psychopathologischen Befundes festzustellen gewesen, was aus psychiatrischer Sicht als Reaktion auf die chronische Schmerzsymptomatik zu verstehen sei. Letztere müsse unter Berücksichtigung aller Faktoren am ehesten als anhaltende somatoforme Schmerzstörung eingeordnet werden; psychosoziale Belastungen seien offensichtlich; die nachdrückliche Betonung der Kränkung durch den Arbeitsplatzverlust und Entzug der SUVA-Leistungen würden zumindest auf einen seelischen Konflikt hinweisen. Unabhängig von der diagnostischen Einordnung würden sich die Folgen der leichten depressiven Symptomatik wie auch die Einflüsse von Seiten der Schmerzen auf Funktion und Aktivitäten als begrenzt und keinesfalls unüberwindbar beurteilen. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden sich deshalb aus psychiatrischer Sicht keine beschreiben lassen.

Bei der bisherigen Tätigkeit als Kantinenmitarbeiterin handle es sich nach der Arbeitsplatzbeschreibung um eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit in Wechselhaltung. Diese Tätigkeit sei der Versicherten auch unter Berücksichtigung der Veränderungen an der Lendenwirbelsäule und der Schmerzsymptomatik weiterhin zumutbar. Bei der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit müssten Dekonditionierungsfolgen und Selbstlimitierung anfangs berücksichtigt werden; ein Pensum von 80 %, das kurzfristig erholt werden könne, sei anfangs vermutlich sinnvoll. Die Einschätzung anlässlich des Austritts aus der Rehaklinik B. ___ am 2. Februar 2005, wonach eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe, müsse als bis heute gültig betrachtet werden. Alle leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten ohne repetitives Heben und Tragen von Gewichten, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, in Wechselhaltung und in Wechselbelastung seien der Versicherten in einem vollen Pensum zumutbar. Bei Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei ein Anfangspensum von zum Beispiel sechs Stunden pro Tag sinnvoll. Eine zusätzlich verminderte Leistungsfähigkeit sei medizinisch nicht zu begründen. In zeitlicher Hinsicht sei eine angepasste Tätigkeit seit dem Austritt aus der Rehaklinik B. ___ zumutbar gewesen.

3.5 Im - mit der Beschwerde eingereichten - Bericht vom 11. Juni 2007 (Urk. 3) diagnostizierte Dr. Y. ___ ein chronisches lumbosyndylogenes und rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei Spondylolisthesis L5 gegenüber S1 um 5 mm, Protrusion L5/S1, ossärer und discaler Neuroforamenstenose L4/5 rechts und L5/S1 links, multisegmentärer Degeneration der lumbalen Bandscheiben sowie eine depressive Entwicklung. Von Seiten des Rückens her sei die Versicherte sicherlich limitiert belastbar; insbesondere Arbeiten mit prototypen Bewegungen, langes Sitzen, Stehen und Gehen seien ihr nicht mehr zumutbar. In Anbetracht ihres psychischen Zustandes sowie des Rückenleidens sei der Versicherten ein 50%iges Arbeitspensum in einer angepassten

Tätigkeit zumutbar.

3.6. Im von der Beschwerdeführerin nachgereichten Bericht vom 2. November 2007 kam Dr. Z. zu den gleichen Diagnosen wie in seinen früheren Berichten vom 19. Januar und 22. August 2006 (Urk. 11). Weiter führte er aus, trotz antidepressiver Behandlung mit Verhaltenstherapie habe sich der Zustand nicht gebessert. Aus psychiatrischer Sicht wäre ein stationärer Aufenthalt in der psychosomatischen Klinik O. indiziert. Zurzeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % krankgeschrieben.

E. 4

4.1. Das MEDAS-Gutachten vom 22. Januar 2007 basiert auf die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis und Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Im Besonderen berücksichtigten die Gutachter auch die bildgebenden Befunde, die Dr. A. im Sommer 2005 gemacht hatte, so neben den bekannten degenerativen Befunden vor allem auch seine Erwähnung einer möglicherweise vorhandenen, mediolateralen Diskushernie L4/L5 mit Kontakt zur L5-Wurzel. Der rheumatologische Gutachter der MEDAS untersuchte die Versicherte speziell auf diesen Verdacht hin und stellte fest, dass sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer aktiven Neurokompression ergeben würden. Vielmehr wies er darauf hin, dass die von der Versicherten gezeigte Unmöglichkeit zur Durchführung des Laserguezeichens, trotz gleichzeitiger Fähigkeit auf der Untersuchungsliege mit ausgestreckten Beinen und bei 90° angewinkeltem Oberkörper aufzusitzen, auf eine klinisch relevante Aggravation hindeute (Urk. 8/25/13). Damit ist in Übereinstimmung mit den Gutachtern davon auszugehen, dass kein radikulares Geschehen vorliegt. Die Gutachter berücksichtigten auch den Austrittsbericht der Rehaklinik B. vom 2. Februar 2005 (Urk. 8/23). Schon damals diagnostizierten die Ärzte ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit nur pseudoradikularer Ausstrahlung in die Beine und gelangten damit zur Auffassung, dass eine leicht eingeschränkte Rückenbelastbarkeit vorhanden sei. Die Gutachter der MEDAS bestätigten diese Befunde und fanden keine wesentliche Veränderung seither. Auch bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit folgten sie den Ärzten der Rehaklinik B., deren Austrittsbericht vom 2. Februar 2005 im Übrigen seitens der sich mit dem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren befasst habenden Gerichte als überzeugend beurteilt worden war (Urk. 14, 15).

4.2. Die Arztberichte von Dr. Z. und Dr. Y., auf welche sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) und ihrer Eingabe vom 8. November 2007 (Urk. 10) beruft, geben keinen Anlass, die MEDAS-Begutachtung in Frage zu stellen.

Die beiden Berichte von Dr. Z. vom 19. Januar und 22. August 2006 (Urk. 8/11/1-6, Urk. 8/14) enthalten keine verlässlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sie verweisen diesbezüglich ausdrücklich auf die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen. Im Widerspruch dazu hält der Bericht vom 19. Januar 2006 an anderer Stelle ohne Begründung fest, die Beschwerdeführerin sei seit 12. Februar 2005 in der bisherigen Tätigkeit 100%ig arbeitsunfähig, was unter diesen Umständen nicht nachvollziehbar ist. Die Diagnose einer "Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt" (Urk. 8/14) ist zudem im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung ganz

allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 5. Auflage, Bern 2005, S. 172; Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 28. Juli 2008, 9C_636/2007, Erw. 3.3.2). Unter diesen Umständen vermögen diese Berichte von Dr. Z. das MEDAS-Gutachten, gemäss welchem bei der Beschwerdeführerin lediglich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer leichten reaktiven Depression ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, nicht in Zweifel zu ziehen.

Dr. Y. berücksichtigte in ihrem Bericht vom 11. Juni 2007 (Urk. 3) bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit massgebend auch die psychische Komponente. In diesem Bereich ist sie jedoch nicht Fachärztin. Zudem kann dem Bericht nicht entnommen werden, wann Dr. Y. welche Untersuchungen getätigt hat, und auch die bildgebenden Untersuchungen, auf welche sie sich beruft, sind nicht datiert. Ihre Angaben zu den medizinischen Untersuchungen, Befunden und deren Interpretation beschränken sich auf vier Sätze, was mit Blick auf die aufgeführten Diagnosen ungenügend ist. Medizinische Vorakten hat sie nicht berücksichtigt. Somit ist dieser Bericht in verschiedener Hinsicht unvollständig, weshalb die Beschwerdeführerin auch daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

E. 4.3

4.3.1 Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Weiteren vor, die MEDAS N. habe sich in vergangener Zeit als versicherungsfreundliche Adresse erwiesen. Es habe sich in der Praxis erwiesen, dass sie nicht umfassend arbeite und ihre Untersuchungen medizinisch und juristisch nicht korrekt führe. So sei ein anderer Versicherter von der MEDAS als gesund erklärt worden und einen Monat nach der Begutachtung an seinen Krankheiten gestorben. Für die begutachtende Psychiaterin Dr. C. (korrekt: Psychiater) sei sie - die Versicherte - eine Simulantin, die überhaupt nicht psychisch krank sei. Sie zweifle an der Neutralität des Begutachters. Der begutachtende Psychiater habe festgestellt, dass die psychometrische Untersuchung nicht durchgeführt worden sei. Er habe auch mitgeteilt, dass er keine weiteren Tests durchführe, weil sich die Beschwerdeführerin zu schwach gefühle habe. Eine Erholungspause habe der Psychiater jedoch nicht verordnet. Er habe sich auch nicht damit befasst, weshalb sie täglich folgende Medikamente einnehmen müsse: zwei Aspirin cardio, zwei Omeprazol, zwei Tryptizol, ein Torasis, fünf Ecopropfen, ein Nisulid, zwei Betaserc, zwei Dafalgan und zwei Lexotanil. Auch habe er sich nicht damit befasst, warum sie sich von der Aussenwelt total zurückgezogen, ausser mit dem Sohn zu niemandem mehr Kontakt habe und weshalb sie sich sogar gegen ihren Ehemann aggressiv benehme, obwohl dieser im Rollstuhl sitze und zweimal wöchentlich zur Dialyse gehen müsse.

E. 4.3.2

Befangenheit eines Gutachters ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann, weshalb es genügt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände

kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 109 Erw. 7.1).

4.3.3 Die pauschalen Vorbringen der Beschwerdeführerin bezüglich Versicherungsfreundlichkeit der MEDAS N.____ sind nicht zu halten. Auch ihre Einwände gegen das Teilgutachten von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vermögen nicht zu überzeugen. Seine Feststellung im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 8/25/1 S. 7), wonach das Vorliegen einer Aggravation der Befunde durch die Beschwerdeführerin als wahrscheinlich angesehen und als Ausdruck einer Rentenbegehrlichkeit interpretiert werde, hat Dr. C.____ sachbezogen und einlässlich dargelegt. So beschrieb er ein sehr auffallendes Verhalten der Versicherten während der Untersuchung mit einem Ringen nach Atem, wiederholtem demonstrativem Aufstehen und sich Anlehnen an die Wand, mit einem Verändern des Gesichtsausdrucks mit Schmerzverzerrung und einem stark hinkenden Gang, obwohl dies alles auf der somatischen Ebene ärztlicherseits keine Erklärung fand. Der Arzt hielt das Verhalten deshalb zu Recht und nachvollziehbar für aufgesetzt, theatralisch und demonstrativ. Zusammen mit der mittels Beispielen belegten Feststellung, die Versicherte zeige, wenn sie wolle, ein gutes Gedächtnis, ist die vom Gutachter zitierte Ansicht der Aggravation und der Rentenbegehrlichkeit nachvollziehbar und begründet, zumal die Beschwerdeführerin zum Ausdruck brachte, sie könne mit diesen Beschwerden nicht mehr arbeiten und verlange eine "volle" Rente (Urk. 8/25/4). Ebenfalls hat er die Gründe, weshalb verschiedene Tests nicht durchgeführt werden konnten, dargelegt. Entgegen ihrer Auffassung wurde sodann an verschiedenen Stellen des psychiatrischen Teilgutachtens (Urk. 8/25/1 S. 3 und S. 5) und des MEDAS-Gutachtens (Urk. 8/25/15 S. 7 und S. 22) auf ihre soziale Situation sowie die Gründe für ihre psychische Befindlichkeit eingegangen. Das Gleiche gilt für ihre Medikamenteneinnahme, welche die MEDAS-Ärzte als unübersichtlich und optimierbar beurteilten (Urk. 8/25/1 S. 5, Urk. 8/25/15 S. 23). Insgesamt sind keine Umstände ersichtlich, die geeignet wären, den Gutachter bei objektiver Betrachtung als befangen erscheinen zu lassen. Damit erweisen sich diese Einwände der Beschwerdeführerin als unbegründet.

4.4 Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das MEDAS-Gutachten vom 22. Januar 2007 abzustellen ist und deshalb von einer geringen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen ist. Die gleiche Feststellung hatten am 2. Februar 2005 bereits schon die Ärzte der Rehaklinik B.____ gemacht, obwohl sie in psychischer Hinsicht mit der Diagnose einer Anpassungsstörung, Angst und depressiven Reaktion gemischt (ICD-10: F43.2) die Krankheit etwas anders bezeichneten. Bereits damals jedoch gelangten die Ärzte zur Auffassung, dass die beschriebenen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sich einzig aus den degenerativen Veränderungen des Rückens ergeben (Urk. 8/23/3). Es hat damit als erstellt zu gelten, dass die Beschwerdeführerin bereits seit dem 2. Februar 2005 in ihrer angestammten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist, womit sich ein Einkommensvergleich ergibt.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

5. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.