

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01249 vom 3. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.01249](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01249)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01249 du 3 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01249 del 3 giugno 2010

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Im Februar 2003 kam es am Arbeitsplatz der als Krankenschwester in der medizinischen Abteilung eines Spitals tätigen Beschwerdeführerin zu einem Streit mit einem Hilfspfleger. Gemäss ihren eigenen Angaben warf ihr dieser, nachdem sie ihm eine Anweisung erteilt hatte, eine Tasse an den Kopf (ohne zu treffen) und verfolgte sie anschliessend in die Küche, wo er sie anschrie und bedrohte (Urk. 8/9 S. 10). Sie habe sich massiv bedroht, bedrängt und ohnmächtig gefühlt, sie habe sich nicht wehren können, und es sei ihr schwarz vor Augen geworden. Noch drei Tage sei sie in der Folge arbeiten gegangen, danach habe sie sich wie im Schock gefühlt und nicht mehr arbeiten können (Urk. 8/68 S. 3 Ziff. 1.4).

3.2. Am 28. Januar 2004 erstattete Dr. med. Z. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der zuständigen Einrichtung der beruflichen Vorsorge (Urk. 8/9 = Urk. 8/5/6-25 = Urk. 8/53/32-51). Sie nannte folgende Diagnosen (S. 19 Ziff. 6b):

- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F 43.22) bei Verdacht auf eine zu Grunde liegende narzisstische Persönlichkeitsproblematik (ICD-10: F60.9)
- isolierte phobische Störung (F40.2)
- somatoformes Schmerzsyndrom (F45.9)

Die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig krankheitsbedingt weitestgehend arbeitsunfähig; von einer Berufsinvalidität sollte aber noch nicht ausgegangen werden (S. 19 Ziff. 6a). Therapeutisch wäre eine stationäre oder eine tagesklinische Behandlung angezeigt (S. 20 Ziff. 6d).

3.3. Am 30. Januar 2006 erstattete Dr. Z. \_\_\_\_, ein Verlaufsgutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/21/1-36 = Urk. 8/53/53-88). Sie stellte nunmehr folgende Diagnosen (S. 31 Ziff. 6.4):

- Zustand nach remittierter Anpassungsstörung mit vormals depressiver Reaktion und Angst gemischt
- Restsymptomatik isolierte Phobie (ICD-10: F40.2)
- chronifizierte Beeinträchtigungshaltung im Rahmen einer sensitiven psychischen Entwicklung (F48.8) bei zugrunde liegenden narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (Z73.1)

- undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), somatoforme autonome Funktionsstörung des respiratorischen Systems / psychogene Hyperventilation (F45.33)

- Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes aus anderen Gründen (Z76)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Z. \_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Juli 2004 stellenlos. Den Grad der Arbeitsfähigkeit, also das Ausmass der Arbeit, das die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau zumutbarerweise leisten könnte, könnte sie nicht genau in Prozenten angeben. Eine Arbeitsunfähigkeit könnte sie mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht attestieren (S. 32 Ziff. 5). Eine mögliche Teilarbeitsunfähigkeit, die sich aufgrund des psychischen Leidens begründen könnte, wäre von geringerem Umfang (S. 33 Ziff. 9).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 18. Mai 2006 nahm Dr. med. A. \_\_\_, Allgemeine Medizin, als Hausarzt zum negativen Entscheid der Beschwerdegegnerin (vom April 2006) Stellung (Urk. 8/41) und nannte folgende Diagnose (S. 1):

- posttraumatische Belastungsstörung seit 17. Februar 2003

- Eskalation infolge vorbestehender Persönlichkeitsproblematik

- depressive Verstimmung mit Angst

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er führte aus, die Beschwerdeführerin mit ihrer Persönlichkeitsstruktur sollte für die Zeit von zwei Jahren eine halbe Invalidenrente erhalten; diese Zeit solle für regelrechte Therapie und berufliche Wiedereingliederung genutzt werden (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. B. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 1. Juni 2006, sie habe die Beschwerdeführerin in zwei Sitzungen untersucht; die ICD-Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) seien erfüllt (Urk. 8/40).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 16. August 2006 wurde auf Zuweisung von Dr. A. \_\_\_ in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals C. \_\_\_ (C. \_\_\_) ein Abklärungsgespräch im Rahmen der psychotraumatologischen Spezialsprechstunde durchgeführt und gleichentags darüber berichtet (Urk. 8/53/91-93). Die Beschwerdeführerin berichte, sie sei im Februar 2003 von einem Mitarbeiter in einem geschlossenen Raum tätlich angegriffen worden; die Vorgesetzten hätten nach dem Vorfall mit wenig Verständnis reagiert, was alles noch schlimmer gemacht habe (S. 1 Mitte). Es wurde folgende Diagnose gestellt: chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach tätlichem Angriff durch Mitarbeiter am Arbeitsplatz Februar 2003, Verdacht auf sekundäre Benzodiazepin-Abhängigkeit (S. 2 Mitte). Zu den geforderten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; englisch: PTSD) wurde zu Kriterium A (Trauma) ausgeführt: **vorhanden** (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete auf Anfrage des Rechtsvertreters am 1. Dezember 2006 (Urk. 8/53/89-90). Er stellte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach tätlichem Angriff durch Mitarbeiter am Arbeitsplatz

- akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (Z73.1)

Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 8. September 2006 in seiner psychotherapeutischen Behandlung; es hätten bisher 9 Konsultationen stattgefunden (S. 1). In ihrem angestammten Beruf als Krankenschwester sei die Beschwerdeführerin zur Zeit zu 100 % arbeitsunfähig; zumutbar erscheine zum jetzigen Zeitpunkt eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einem Rahmen von 50 % (S. 2).

Dr. A. \_\_\_ gab am 20. März 2007 eine Bestätigung der reduzierten Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin ab; er rate davon ab, sie ausserhalb der Region Zürich durch ihr fremde Ärztliche Personen analysieren zu lassen (Urk. 8/61 = Urk. 3/8).

Am 27. Juni 2007 erstattete Dr. Y. \_\_\_ sein Gutachten (Urk. 8/68). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (insbesondere beziehungsweise als einzige zitiert: die beiden Gutachten Z. \_\_\_), seine eigene Untersuchung an drei Terminen im April und Mai 2007 sowie einzelne fremdanamnestiche Auskünfte (vgl. S. 1).

Dr. Y. \_\_\_ stellte folgende Diagnosen (S. 9):

- pathologische Verarbeitung eines schweren Konfliktes an der Arbeitsstelle 2003 mit chronifizierten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen (ICD-10 F43.8)

- vorbestehend akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

- undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Die Fragen nach einer möglichen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie die Frage nach zumutbaren therapeutischen Massnahmen seien schwierig zu beantworten, da von der Beschwerdeführerin trotz drei ausföhrlichen gutachterlichen Gesprächen nur wenig zur Beurteilung dieser Fragestellungen notwendige Informationen zu entlocken gewesen seien (S. 12). Gegenwärtig scheine die Beschwerdeführerin als Krankenschwester weitestgehend arbeitsunfähig und auch nicht in der Lage zu sein, irgend einer andern Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sie sei jedoch in der Lage, ihren Haushalt selbständig zu erledigen und ihre administrativen und finanziellen Belange selbständig zu bewältigen (S. 12 unten).

Ein abschliessende Beurteilung der Prognose abzugeben, sei derzeit schwierig; deshalb sollte in rund einem Jahr eine Verlaufsbeurteilung angefordert werden (S. 13 unten).

Der für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hauptsächlich relevante Gesundheitsschaden sei die erstgenannte Diagnose. Die Beschwerdeführerin müsse eine heftige Auseinandersetzung am Arbeitsplatz im Jahre 2003, in welcher sie sich völlig hilflos und ohnmächtig erlebt habe, immer wieder durchleben, sei es in sich aufdrängenden Erinnerungen / Flashbacks oder in Träumen (S. 15 Ziff. 7.7.1).

Dr. med. E. \_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, äusserte sich am 27. Juli 2007 zum von Dr. Y. \_\_\_ erstatteten Gutachten (Urk. 8/108/2-3). Bezüglich Benzodiazepin-Missgebrauch werde im

Gutachten nicht Stellung genommen (S. 2 unten). Weiter erstaune, dass der Tagesablauf der erst 43-jährigen Beschwerdeführerin nicht habe exploriert werden können beziehungsweise diese angebe, unter Temesta mit den Freundinnen in den Ausgang gehen zu können, in der Natur spaziere, gerne Velo fahre und Bücher lese (S. 2 f.). Der Haushalt und finanzielle und administrative Angelegenheiten könnten problemlos geregelt werden; das Reisen in die Heimat gelinge ebenfalls; ein sozialer Rückzug werden nicht dargestellt (S. 3 oben).

Es stellten sich aus versicherungsmedizinischer Sicht verschiedene - einzeln genannte - Fragen, weshalb ein polydisziplinäres Obergutachten vorgeschlagen werde (S. 3).

Am 20. September 2007 äusserte sich Dr. A. auf Anfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 8/78/1-2 = Urk. 3/14). Diese sei definitiv nicht in der Lage, eine erneute Begutachtung über sich ergehen zu lassen; sie zeige krankhafte und wahnhaftige Züge betreffend Verschwörung und Ungerechtigkeit. Sie habe ein aussergewöhnliches Leiden, das sich nach einem banalen privaten Konflikt seit Jahren durch erhebliche ärztliche Zusatztraumatisierung entwickelt habe (S. 1 Mitte). Schon die zweifache Begutachtung durch Dr. Z. sei wie ein dem ersten Trauma ebenbürtiges traumatisierendes Erlebnis gewesen (S. 1). Damit sie je wieder in die Gesellschaft re-integriert werden könne, müsse die ständige misstrauisch entwertende Exploration sistiert werden (S. 2 oben).

Dr. D. berichtete auf Anfrage des Rechtsvertreters am 8. Oktober 2007 (Urk. 8/78/3-4 = Urk. 3/15). Seit dem 8. September 2006 hätten 25 Sitzungen stattgefunden (S. 1).

Das gesundheitliche Befinden der Beschwerdeführerin habe sich im Mai 2007 deutlich verschlechtert, ausgelöst durch die Belastungen der Begutachtung durch Dr. Y. Nach der Begutachtung sei sie im Juni zu ihrer Familie nach F. gereist, um sich zu erholen (S. 1 Mitte). Aus seiner Sicht sei eine nochmalige Begutachtung für die Beschwerdeführerin eine unzumutbare Belastung (S. 2 oben).

Am 30. Januar 2008 berichtete Dr. A. wiederum dem Rechtsvertreter (Urk. 8/93/3-4) und führte aus, es bestehe lediglich ein psychischer Gesundheitsschaden, von einem relevanten somatischen Leiden sei aktuell nicht die Rede. Ein 2006 diagnostiziertes cervikospodylogenes Schmerzsyndrom sei zwar anhaltend, für die Beschwerdeführerin aber im Hintergrund, was deren Aufrichtigkeit und das Fehlen von Aggravation unterstreiche (S. 1 Ziff. 1). Die Frage, ob eine Aggravation (trotz Inkonsistenzen) ausgeschlossen werden könne, beantwortete er mit Ja. Die grössten Inkonsistenzen sind, gemäss der Patientin, die anderen Menschen und die medizinischen Beurteilungen. Die empfundenen Unwahrheiten und Unstimmigkeiten und die resultierenden Fehlinterpretationen seien ein Teil ihres Leidens; dies sei auch der Grund für die generalisierte Verweigerungshaltung (S. 2 Ziff. 3b).

Dr. D. äusserte sich auf Anfrage des Rechtsvertreters am 8. März 2008 (Urk. 8/93/1-2 = Urk. 3/18). Nach seiner Meinung mache das Gutachten Y. eine klare Aussage bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Die erneute Beurteilung durch ein Obergutachten sei aus seiner Sicht unnötig und aus psychiatrischer Sicht kontraindiziert (S. 1 Mitte). Es liege eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung bei vorbestehender akzentuierter Persönlichkeitsstörung mit

histrionischen und narzisstischen Anteilen vor (S. 1 unten). Aus seiner Sicht als behandelnder Psychiater bestehe kein Zweifel daran, dass die Beschwerdeführerin schwer psychisch krank und in ihrem Alltagsleben massiv eingeschränkt sei; die somatischen Beschwerden spielten eine untergeordnete Rolle. Es bestehe die Gefahr einer Retraumatisierung bei erneuten Expositionen, wozu auch das Reden über erlittene Traumata gehöre, die unbedingt vermieden werden sollte. Die zu erwartenden Konsequenzen einer erneuten Begutachtung seien eine weitere Traumatisierung der Beschwerdeführerin mit Verschlechterung ihres globalen Funktionsniveaus (S. 2).

3.8 Am 8. April 2008 führte Dr. E. \_\_\_\_, RAD, aus, durch die eingetretene zeitliche Verzögerung sei es nun absolut unumgänglich, den aktuellen Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schlüssig und ganzheitlich beurteilen zu lassen. Die Einwände der behandelnden Ärzte bezüglich Schädlichkeit einer umfassenden Begutachtung im Sinne eines Obergutachtens seien nicht nachvollziehbar (Urk. 8/108/6).

#### E. 4

4.1 Zu prüfen ist, ob die erfolgte Anspruchsverneinung im Rahmen eines Aktenentscheids infolge unterbliebener Mitwirkung rechtens ist.

Das diesbezüglich die formellen Erfordernisse von Art. 43 ATSG korrekt beachtet wurden, ist richtigerweise auch von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt worden und bedarf keiner weiteren Prüfung.

Näher zu prüfen ist deshalb, ob die angeordnete Begutachtung als notwendig und zumutbar (vgl. Art. 43 Abs. 2 ATSG) einzustufen ist.

4.2 Die Notwendigkeit hat in erster Linie die Beschwerdegegnerin, die für eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung verantwortlich ist, zu beurteilen, wobei ihr ein entsprechendes Ermessen, in das nicht ohne Not einzugreifen ist, zuzubilligen ist.

Anlass zu einer weiteren Abklärung im Sinne eines Obergutachtens haben einmal die in der RAD-Beurteilung genannten, vom Gutachten Y. \_\_\_\_, nicht geklärten Fragen gegeben. Es kann der Beschwerdegegnerin nicht verwehrt sein, nach erfolgter Begutachtung verbleibende oder neu aufgetretene Unklarheiten in geeigneter Weise zu beheben. Dass sie im vorliegenden Fall ein Obergutachten als zweckmäßig erachtet hat, ist nicht zu beanstanden. Zusätzlich Anlass für eine ergänzende Abklärung begründet der Umstand, dass der Gutachter offenbar von den Vorakten nur gerade die beiden Gutachten Z. \_\_\_\_, verwertet hat, nicht aber schriftliche Berichte der behandelnden Ärzte. Dementsprechend hat er auch - ein weiterer Mangel - die von ihm attestierte volle Arbeitsunfähigkeit insofern nicht nachvollziehbar begründet, als der behandelnde Psychiater im Dezember 2006 für leidensangepasste Tätigkeiten einer Arbeitsfähigkeit von immerhin 50 % attestiert hatte.

4.3 Entgegen der Vorbringen der Beschwerdeführerin boten und bieten sodann auch die übrigen ärztlichen Berichte keine ausreichende Beurteilungsgrundlage. Auf die Beurteilung des Hausarztes kann nur schon deshalb nicht abgestellt werden, weil dieser wiederholt eine reduzierte bis annähernd inexistente Reisefähigkeit attestiert hat, was angesichts der von der Beschwerdeführerin effektiv bewältigten Reisen über Hunderte von Kilometern nach F. \_\_\_\_, nicht anders denn als Gefälligkeitsattest gewertet werden kann.

Die Beurteilung durch den behandelnden Psychiater überzeugt bereits aufgrund der von ihm gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS oder PTSD), auch wenn er sie von den Ärzten des C. übernommen hat, nicht.

Die Rechtsprechung lehnt sich bei der Anerkennung einer (invalidisierenden) PTBS eng an die ICD-Definition an und verlangt als auslösenden Faktor ein traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere (Urteil des Bundesgerichts 9C\_865/2009 vom 3. Dezember 2009, Erw. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Von aussergewöhnlicher Schwere sind etwa die Verwicklung in kriegerische Ereignisse mit dem Erleben unmittelbar drohender Todesgefahr sowie existenzbedrohende Lager- und Foltererlebnisse. Damit ist die von der Beschwerdeführerin geschilderte Auseinandersetzung, auch wenn ihr eine gewisse Heftigkeit nicht abzusprechen ist, derart weit entfernt, dass es mit Blick auf die Opfer von effektiv aussergewöhnlich schwer traumatisierenden Handlungen befremdlich anmutet, dass sie ihr gleichgestellt wurde. Offenbar wurde diesem diagnostischen Kriterium keine weitere Aufmerksamkeit geschenkt, wurde es doch gemäss dem Bericht der Ärzte des C. ohne nähere Ausführungen als erfüllt abgehakt. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, als das gleiche Ereignis vom der Beschwerdeführerin wohlgesinnten Hausarzt ausdrücklich als banal bezeichnet wurde und in der traumatisierenden Wirkung gar der Begutachtung durch Dr. Y. gleichgestellt wurde.

Somit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von ausserordentlichen Widersprüchen und nicht entscheidreif abgeklärtem Sachverhalt ausgegangen ist.

4.4 Geltend gemacht - und von den behandelnden Ärzten bekräftigt - wurde schliesslich der Einwand, die angeordnete Begutachtung sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar, weil nur schon das Reden über den inkriminierten Vorfall die zu vermeidende Gefahr einer Retraumatisierung mit sich bringe.

In genereller Hinsicht ist dazu zu bemerken, dass nicht nachvollziehbar ist, was an einem fachgerecht geführten psychiatrischen Explorationsgespräch aus objektiver Sicht unzumutbar sein sollte. Auch die Beschwerdeführerin toleriert offenbar (wenn auch zu ihren Bedingungen) den Umgang mit Ärzten, wie die über Jahre bestehende therapeutische Tätigkeit des Hausarztes und des Psychiaters zeigen. Der Gutachter Dr. Y. schliesslich, auf dessen Beurteilung die Beschwerdeführerin abgestellt wissen möchte, erachtete eine Verlaufsbeurteilung nach etwa einem Jahr als angezeigt, ohne auf die Idee zu verfallen, die Frage der Zumutbarkeit auch nur aufzuwerfen.

Wenn sodann der behandelnde Psychiater eine solche Abklärung als unzumutbar deklariert, so läuft dies darauf hinaus, dass er für sich ein Deutungs- und Beurteilungsmonopol beansprucht und damit jegliche weitere, unvoreingenommene (also ohne unter affirmativer Übernahme der Vorstellungen der Beschwerdeführerin erfolgende) Beurteilung tabuisiert und die Beschwerdeführerin gegen jegliche ihren Standpunkt nicht von vornweg teilende Fragestellung immunisiert.

Vor diesem Hintergrund bleibt festzuhalten, dass die ins Fachliche gewendete Empfehlung des behandelnden Psychiaters, von weiteren (die Vorstellungen der Beschwerdeführerin nicht vorab übernehmenden) Interventionen und entsprechenden

Begutachtungen abzusehen, nicht überzeugt.

4.5 Die Beschwerdeführerin scheint davon auszugehen, alles, was nicht in einer Bestätigung ihrer Vorstellungen resultieren könnte, und nur schon das Aufwerfen der Frage nach den Umständen ihres Leidens, sei unzulässig.

So verhält es sich aber nicht. Die Beschwerdegegnerin würde ihre gesetzliche Abklärungspflicht verletzen, wenn sie trotz der aufgetauchten offenen Fragen die subjektive Beurteilung der Beschwerdeführerin - auch wenn dies ihre Ärzte, womöglich aus therapeutischen Gründen, tun - ohne weiteres übernehme. Es ist die Beschwerdeführerin, die Leistungen beansprucht, und es ist die Beschwerdegegnerin, welche im Interesse der Gesetzmässigkeit und der Rechtsgleichheit die angemeldeten Ansprüche beurteilt und dabei auch darüber entscheidet, welche Abklärungen erforderlich sind. Sache der Beschwerdeführerin ist es, an diesen Abklärungen mitzuwirken und nicht, über deren Modalitäten und deren Zweckmässigkeit zu urteilen. Entsprechen diese nicht ihren Vorstellungen, so ist es ihr zwar unbenommen, daran nicht mitzuwirken. Tut sie dies, hat sie aber auch die Folgen zu tragen. Diese bestehen - wie vorliegend - darin, dass der behauptete anspruchsbegründende Sachverhalt nicht rechtsgenüglich abgeklärt ist, was eine Bejahung der angemeldeten Ansprüche ausschliesst.

Somit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtsens und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet, womit diese abzuweisen ist.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Grimmer
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

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. 82 ff. in Verbindung mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.