

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00830 vom 15. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00830

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00830 du 15 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00830 del 15 settembre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, verfasste am 11. Dezember 2006 zuhanden der zuständigen Pensionskasse ein Gutachten über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Er diagnostizierte eine intraforaminale Diskushernie rechts L3/L4, eine grössere Diskushernie mit Spinalkanalstenose rechts L4/L5 sowie eine Diskusprotrusion L5/S1, ein generalisiertes, weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia tendinotica humeroscapularis rechts sowie eine reaktive Depression und Anpassungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei sowohl im angestammten Beruf als auch in einer anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/4).

2.2. Dr. Z. ____, diagnostizierte mit Bericht vom 23. März 2007 (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), (2) eine funktionelle Dyspepsie und Colon irritabile, (3) ein reaktives chronisches generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom und (4) eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54). Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit ab sofort zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 7/14/6). Am 13. November 2007 ergänzte er, aus psychiatrischer Sicht sei nur vom 29. Juli bis 24. August 2006 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 7/19).

2.3. PD Dr. A. ____, hielt mit Bericht vom 12. September 2007 als Diagnosen ein Lumbovertebralsyndrom bei muskulärer Insuffizienz der LWS und eine Adipositas fest. Somatisch bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit bestehe seit Mai 2006 eine 60- bis 70%ige Arbeitsfähigkeit, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 80- bis 100%ige (Urk. 7/17).

2.4. Die Beschwerdeführerin war vom 22. bis 25. Januar 2007 im Spital I. ____, hospitalisiert. Mit Bericht vom 25. Januar 2007 hielten die Ärzte des Spitals I. ____, als Diagnosen (1) ein chronisches generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom, Differentialdiagnose Fibromyalgie, bei Panvertebralsyndrom mit lumbospondylogem Syndrom rechtsbetont und aktuell: Schmerzexazerbation, Differentialdiagnose bei Halswirbelimmobilisation, (2) eine chronische Obstipation, (3) eine akute Harnwegsinfektion, (4) eine Noroxin-Unverträglichkeit, (5) ein depressives Zustandsbild und (6) Asthma bronchiale, aktuell beschwerdefrei, fest. Sie hätten mit der Beschwerdeführerin eine Überweisung in die ambulante interdisziplinäre Schmerzprechstunde des Spitals K. ____, besprochen. Die Beschwerdeführerin werde in etwa zwei Monaten aufgeboten (Urk. 7/45/10-13).

2.5. Dr. C. berichtete der Beschwerdeführerin am 17. März 2008 (Urk. 7/45/3-4). Er nannte dabei folgende Diagnosen: (1) ein chronisches generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom, (2) rezidivierende Harnwegsinfekte, (3) eine chronische Obstipation unter Opiaten, (4) eine Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts bei subacromialem Impingement bei Acromionsporn, (5) einen Verdacht auf eine depressive Episode, (6) Asthma bronchiale mit rezidivierenden Exazerbationen und (7) einen Status nach laparoskopischer Sigmaresektion bei Divertikulitis im Februar 2000. Die Arbeitsfähigkeit könne er nicht genau beurteilen. Dr. C. legte seinem Bericht auch denjenigen des Spitals K., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 13. Oktober 2006, bei, welchem die gleichen Diagnosen entnommen werden können (Urk. 7/45/7).

2.6. Dr. D. hielt in seinem Gutachten vom 20. August 2008 fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe keine psychiatrische Erkrankung. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe daher bei der Beschwerdeführerin in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit keine Minderung der Arbeitsfähigkeit. Auch Tätigkeiten im Haushalt seien ohne Einschränkung zumutbar. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch für das Jahr 2006 aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründbar (Urk. 7/52).

2.7. Dr. E. nannte im Gutachten vom 4. März 2009 als Diagnosen (1) chronische Schmerzen am ganzen Körper bei Symptomatik vorwiegend im Bereich des Magen-Darm-Traktes sowie bezüglich der Harnblase, chronischen Kreuzschmerzen bei Status nach Diskushernie L3/4 und L4/5 rechts sowie bei Diskusprotrusion L4/5 beidseits und Diskopathie L2/3 ohne Nervenwurzelkompression, und (2) anamnestisch Colon irritabile, innere Hämorrhoiden (29. Januar 2003), chronische Obstipation, Harnwegsinfekt, Asthma bronchiale (15. Februar 2006), lumbospondylogene Beschwerdehaftigkeit mit Halbseitensymptomatik (26. Mai 2006), generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, Periarthropathia tendinopathica humeroscapularis rechts, reaktive Depression und Anpassungsstörung (11. Dezember 2006) und Adipositas (Urk. 7/71/20). Aus streng rheumatologischer Sicht ergäben sich keine klaren Befunde, welche eine Arbeitsfähigkeit ausschliessen würden. Dementsprechend könne er versicherungsrechtlich keine Arbeitsunfähigkeit attestieren. Jedoch sei aus allgemeiner, nicht speziell ärztlicher Sicht nicht erkennbar, dass irgendeine Arbeit möglich sei (Urk. 7/71/23).

2.8. Dr. G. nahm am 11. Oktober 2010 zum Gutachten von Dr. D. Stellung. Er hielt dabei fest, das Gutachten lasse sich kritisch hinterfragen. So habe lediglich ein Begutachtungstermin stattgefunden und dies mit Hilfe eines Dolmetschers. Es erscheine fraglich, ob die Beschwerdeführerin die Fragen in den durchgeführten Testverfahren wirklich inhaltlich verstanden habe. Ausserdem stellten diese Testverfahren lediglich eine Momentaufnahme innerhalb eines kurzen Zeitfensters dar. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen ergäben keine hinreichende Begründung, um eine psychiatrische Erkrankung definitiv auszuschliessen. Es erscheine auch deswegen nicht plausibel, weil die Beschwerdeführerin von diversen Behandlern als psychiatrisch behandlungsbedürftig eingestuft und auch vom Spital I. eine psychiatrische Behandlung empfohlen worden sei (Urk. 13/3).

2.9. Die Ärzte des Instituts J., wo die Beschwerdeführerin vom 29. Oktober bis 19. November 2010 hospitalisiert war, hielten mit Bericht vom 7. Januar 2011

als Diagnosen (1) ein lumbospondylogenes chronisches Schmerzsyndrom beidseits, (2) ein myotendinotisches Schmerzsyndrom gluteal, (3) ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom, (4) eine Periarthropathia tendinopathica humeroscapularis rechts, (5) Polyarthralgien der Hände, (6) posteriore Knieschmerzen rechts mit Giving Way, (7) Fußschmerzen rechts mehr als links, (8) Vitamin D-Mangel, (9) rezidivierende Harnwegsinfekte, (10) einen Verdacht auf eine depressive Episode, (11) Hämorrhoiden, (12) anhaltende Oberbauchschmerzen, (13) Asthma bronchiale mit rezidivierenden Exazerbationen und (14) eine arterielle Hypertonie fest. Die körperlichen Beschwerden seien teilweise mit den somatischen Befunden, die umfassend diagnostisch abgeklärt worden seien, korrelierbar, jedoch in keiner Weise so ausgeprägt, dass sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen müssten. Inwieweit die psychische Situation, deren sichere differentialdiagnostische Beurteilung im Rahmen eines akut-somatischen Aufenthaltes auch durch eine sehr gute fachpsychiatrische konsiliarische Beurteilung nicht geleistet werden kann, einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, sei aus ihrer Sicht nicht sicher beurteilbar. Diese Fragestellung sei lediglich in einer gutachterlichen Untersuchung klar- und festlegbar (Urk. 13/4).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin ging in der rentenablehnenden Verfügung vom 20. Juli 2010 davon aus, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei (Urk. 2). Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr. E. und von Dr. D. (Feststellungsblatt, Urk. 7/98).

E. 3.2

3.2.1 Dr. E. hielt in seinem Gutachten vom 4. März 2009 (Urk. 7/71) fest, es imponiere eine schmerzgeplagte Frau mit widersprüchlichen Untersuchungsbefunden und mit Schwierigkeiten, genaue Symptome oder Behinderungen festzuhalten. Die Beschwerdeführerin und noch stärker der begleitende Ehemann gäben an, dass sie gar keine Verrichtungen machen könne, so dass sie auch für jegliche Haushaltstätigkeit vollständig behindert sei. Die klinische Untersuchung ergebe widersprüchliche Befunde, und er komme zur Interpretation, dass keine sicheren rheumatologischen pathologischen Befunde vorlägen. Die aktuelle Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule ergebe keine nachhaltigen Hinweise für das geschilderte Beschwerdebild. Der initiale Befund von zwei Diskushernien in der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 22. Januar 2006 sei bereits in der Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 22. Mai 2006 weitgehend rückläufig gewesen, was sich in der heutigen Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule bestätigt habe, so dass also weder bei der heutigen Untersuchung noch in der Bildgebung Zeichen einer radikalen Reizung gefunden worden seien. Die von PD Dr. A. erwähnte auffällige Lipomatose der Haltemuskulatur lumbosakral sei heute unverändert gegenüber damals vor bald drei Jahren und gemäss ihren Radiologen nicht besonders auffällig, sondern im Zusammenhang mit der Körperkonstitution der Beschwerdeführerin (BMI 30 kg/m²) zu erklären (S. 19). Diese Ausführungen von Dr. E. sind nachvollziehbar und mit den von ihm erhobenen klinischen Befunden vereinbar. Wie von ihm in seiner Beurteilung erwähnt, ergaben sich bei der Erhebung des Wirbelsäulen-, des Gelenk- und des Neurostatus mehrere auffällige Diskrepanzen. So gestaltete sich z.B. die Einschätzung der

Wirbelsäulenstatik als schwierig, da sich die Beschwerdeführerin stets krumm hinstellte. Die Beweglichkeit in allen Abschnitten und in alle Richtungen war stets mit Schmerzäusserungen verbunden und aktiv deutlich eingeschränkt, während sich passiv bei mehrmaligen Messversuchen jeweils deutlich divergierende Befunde ergaben. Bei den Schultergelenken zeigte sich aktiv eine Flexion bis (lediglich) 30°, war aber bei Komplexbewegungen oder beim sich Entkleiden problemlos möglich. Die Angaben der rohen Kraft war an allen vier Extremitäten bei der aktiven Prüfung massiv eingeschränkt, während die Komplexbewegungen beim Aus- und Ankleiden problemlos vor sich gingen (Urk. 7/71/14-17). Vor allem bei der Prüfung des Neurostatus zeigte sich ein ausgeprägt widersprüchliches Verhalten der Beschwerdeführerin, das medizinisch objektiv nicht zu erklären war (Urk. 7/71/16-17). Dr. E.____ berücksichtigte bei seiner Einschätzung neben seinen eigenen Untersuchungen auch die vorhandenen medizinischen Akten. Er setzte sich zudem auch eingehend mit divergierenden ärztlichen Einschätzungen auseinander (Urk. 7/71/26-27). Es ist daher schlüssig, dass er aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen konnte. Die von ihm angeführte, nicht speziell ärztlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (E. 2.7) ist sozialversicherungsrechtlich irrelevant. Das Gutachten von Dr. E.____ bildet daher eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage für den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin.

3.2.2.2 Dr. D.____ begutachtete die Beschwerdeführerin am 19. August 2008 (Urk. 7/52). Er sah dabei eine Beschwerdeführerin, die im Bewusstsein wach und allseits orientiert war. Im formalen Denken war sie logisch und kohärent. Es bestanden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen. Die Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration waren in der Exploration in der Norm. Das Gedächtnis war intakt. Im Affekt war die Beschwerdeführerin gut moduliert und schwingungsfähig. Hinweise auf Wahnphänomene, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen konnte Dr. D.____ nicht feststellen. Mimik und Antrieb waren angemessen. Es gab keine Hinweise für akute Suizidalität (S. 7). Dr. D.____ erklärt, dass die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt seien. Selbst wenn eine solche vorliegen würde, wäre sie gemäss Dr. D.____ jedoch überwindbar. Dr. D.____ setzt sich dabei mit den Firster-Kriterien auseinander (S. 11-12). Er legt im Weiteren dar, dass sich während der Untersuchung keine objektiven Befunde hätten erheben lassen, die auf eine Depression hinweisen würden, weshalb auch keine Depression diagnostiziert werden könne (S. 13). Die Attestierung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist anhand der von Dr. D.____ erhobenen Befunde und seiner Erläuterungen ohne Weiteres nachvollziehbar. Dr. D.____ setzte sich zudem differenziert mit den abweichenden psychiatrischen Einschätzungen von Dr. Z.____, Dr. C.____ und Dr. H.____ auseinander und erklärt schlüssig, weshalb seine Einschätzung von diesen Beurteilungen abweicht (S. 15-17). Das Gutachten von Dr. D.____ bildet daher eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage für den psychiatrischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin.

3.3.3 Dr. H.____ attestierte der Beschwerdeführerin im Gegensatz zu Dr. D.____ und Dr. E.____ am 11. Dezember 2006 zuhanden der zuständigen Pensionskasse eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.1). Dr. H.____ begründete die 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin mit ihren somatischen Beschwerden, weist

er doch darauf hin, dass er auf eine konsiliarische psychiatrische Begutachtung verzichtet habe, da der behandelnde Psychiater keine für die Arbeitsunfähigkeit relevante Depression diagnostiziert habe und der beigezogene Psychiater keine Psychopathologie habe erkennen können (S. 5). Dr. E. ___ weist zu Recht darauf hin, dass Dr. H. ___ bei seiner Beurteilung die Magnetresonanz-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 22. Mai 2006 nicht berücksichtigt hat. Diese Untersuchung ist für eine zuverlässige Beurteilung jedoch unerlässlich, war dabei doch zu sehen, dass die Diskushernie weitgehend rückläufig war (Urk. 7/71 S. 19 und S. 26). Bei der Einschätzung von Dr. H. ___ gilt es zudem zu beachten, dass er im Gegensatz zu Dr. E. ___ kein Facharzt für Rheumatologie ist. Die Einschätzung von Dr. H. ___ vermag daher das Gutachten von Dr. E. ___ nicht in Frage zu stellen.

3.4 Dr. Z. ___, welcher Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, attestierte der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht lediglich vom 29. Juli bis 24. August 2006 eine Arbeitsunfähigkeit (E. 2.2). Eine solche kurzfristige Arbeitsunfähigkeit ist nicht invalidisierend, weshalb die Berichte von Dr. Z. ___ die Gutachten von Dr. D. ___ und Dr. E. ___ nicht in Frage stellen.

3.5 PD Dr. A. ___ hielt in seinem Bericht vom 12. September 2007 fest, in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Mai 2006 eine 60- bis 70%ige Arbeitsfähigkeit und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine solche von 80 bis 100 % (E. 2.3). Gleichzeitig führte er aber aus, dass aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründbar sei. PD Dr. A. ___ erklärt nicht, weshalb aus nicht-somatischen Gründen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehen soll. Sein Bericht ist daher nicht nachvollziehbar.

3.6 Die Ärzte des Spitals I. ___ äusserten sich im Bericht vom 25. Januar 2007 nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (E. 2.4). Hingegen attestierten sie ihr mit Zeugnis vom 25. Januar 2006 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die Zeit vom 21. Januar bis 16. Februar 2006 (Urk. 7/39). Diese Arbeitsunfähigkeit bezog sich jedoch lediglich auf die Zeit der Hospitalisierung, welche durch akute lumbovertebrale Schmerzen und eine subjektiv zunehmende muskuläre Schwäche in beiden Beinen bedingt war. Eine weitergehende, invalidisierende Arbeitsunfähigkeit hielten die Ärzte des Spitals I. ___ nicht fest. Es kann daher auch aus den Berichten des Spitals I. ___ kein invalidisierender Gesundheitsschaden abgeleitet werden.

E. 3.7

Dr. C. ___ hielt mit Bericht vom 17. März 2008 fest, er könne die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht genau beurteilen. Gleichzeitig führte er aber aus, dass eine Invalidenrente indiziert sei (Urk. 7/45/3). Eigene Befunde hat Dr. C. ___ jedoch nicht erhoben, sondern verweist zu dieser Frage der Beschwerdegegnerin auf die von ihm beigelegten Berichte von PD Dr. A. ___, der Rheumaklinik des Spitals K. ___ sowie des Spitals I. ___ (Urk. 7/45/5-13). Zudem hat er mit der Empfehlung einer IV-Rente insofern seine Kompetenzen überschritten, als es nicht Aufgabe eines Mediziners ist, sich über den Rentenanspruch einer versicherten Person auszusprechen. Dies obliegt allein der Beschwerdegegnerin, bzw. im Streitfall dem zuständigen Gericht. Sein Bericht vermag daher die Gutachten von Dr. D. ___ und Dr. E. ___ nicht in Frage zu stellen.

E. 3.8

Die Ärzte des Instituts J. ___ machten im Bericht vom 7. Januar 2011 (E. 2.9) keine Angaben dazu, inwieweit ihres Erachtens die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt ist. Sie verwiesen vielmehr darauf, dass dies in einer gutachterlichen Untersuchung abzuklären sei. Dies hat die Beschwerdegegnerin durch die Einholung der Gutachten bei Dr. E. ___ und Dr. D. ___ gemacht. Der Bericht der Ärzte des Instituts J. ___ enthält keine Angaben, welche die Beweiswürdigkeit dieser Gutachten in Frage stellen würde. Vielmehr verwiesen auch sie explizit, wie schon Dr. E. ___ in seinem Gutachten, auf das auffällig widersprüchliche Verhalten der Beschwerdeführerin während den klinischen Untersuchungen. Eine (klinische) Beurteilung der Beschwerdeführerin sei aufgrund überschüssiger Schmerzangaben und bei demonstrativem Schmerzgebaren faktisch nicht möglich. Das Ausmass der von ihr angegebenen Beschwerden sei aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht erklärbar (Urk. 13/4 S. 7). Dieses Verhalten der Beschwerdeführerin wurde u.a. bereits schon im Bericht der Ärzte der Rheumaklinik des Spitals K. ___ vom 13. Oktober 2006 festgehalten ("Zusammengefasst handelt es sich um ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Lumbalisation S1, ausgeprägter Haltungsinsuffizienz mit durch Inaktivität bedingter übermässiger Verfettung der Haltungsmuskulatur dorsal, Haltungsinsuffizienz, Fehllhaltung. Die Beschwerden haben sich bei der Patientin generalisiert und führen zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, was den Untersuchungsbefunden nicht entspricht und sich in einem widersprüchlichen klinischen Bild offenbart.", Urk. 7/45/8).

3.9. Dr. G. ___ nahm am 11. Oktober 2010 zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und insbesondere auch zum Gutachten von Dr. D. ___ Stellung. Eine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gab Dr. G. ___ nicht ab. Die Kritik von Dr. G. ___ am Gutachten von Dr. D. ___ ist nicht schlüssig. So liefert er keine Anhaltspunkte dafür, weshalb die Beschwerdeführerin die durchgeführten Tests trotz Dolmetscher nicht verstanden haben soll. Die Einschätzung von Dr. D. ___ basierte zudem nicht nur auf den durchgeführten Tests, sondern auch auf seinen eigenen Untersuchungen, namentlich einem Gespräch und insbesondere auch auf den vorhandenen Akten. Der Kritik, das Gutachten würde nur eine Momentaufnahme zeigen, kann daher nicht gefolgt werden, setzte sich doch Dr. D. ___ auch mit der Anamnese der Beschwerdeführerin auseinander. Es ist zudem nicht zu beanstanden, dass sich Dr. D. ___ nicht abschliessend dazu äusserte, ob eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, hat er doch erklärt, dass diese - wenn eine solche vorliegen sollte - überwindbar wäre. Der Bericht von Dr. G. ___ vermag daher das Gutachten von Dr. D. ___ nicht in Frage zu stellen.

3.10. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ausgegangen ist. Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und ist abzuweisen.

4. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen, die ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.