

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00648 vom 22. Oktober 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-10-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00648](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00648)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00648 du 22 octobre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00648 del 22 ottobre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Schlafstörungen können im Sinne von Art. 8 ATSG nur invalidisierend sein, wenn sie auf ein fachärztlich schlüssig festgestelltes organisches oder psychisches Leiden zurückzuführen sind. Der Schlaf kann zwar analysiert und mit dem in der Bevölkerung üblichen verglichen werden, indessen ist auch bei genauer Angabe der Schlafdauer oder der Bezifferung der sogenannten Schlaffeffizienz über die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch nichts gesagt. Zunächst fehlt es an einer wissenschaftlich exakten Definition, wie viel Schlaf quantitativ notwendig ist. Die durchschnittliche Schlafzeit liegt in den Industrieländern bei etwa sieben Stunden, wobei Jugendliche oft dazu neigen, wenig zu schlafen, und ältere Menschen häufig die Bettzeiten verlängern, indessen weniger Tiefschlaf aufweisen. Sodann wird erholsamer bzw. nicht erholsamer Schlaf durch das subjektive Empfinden des Einzelnen bestimmt, und dieses wiederum beeinflusst massgeblich die Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts U 127/08 vom 18. April 2007 E. 8.1 mit Hinweisen).

1.2. Laut Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in

welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

## 2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

### 2.1

2.1.1 Ä Ä Laut Arztbericht von Prof. Dr. D. \_\_\_ vom 12. November 2009 (Urk. 8/8) leidet der Beschwerdeführer an einer angeborenen, seit dem 10. Altersjahr manifesten Myotonia congenita Typ Becker mit zentral-ausgeprägter Hypersomnie. Die ausgeprägte zentral-bedingte Hypersomnie sei medikamentös nicht therapierbar und mache einen Mittagsschlaf notwendig mit dauerndem Schlafbedürfnis auch am Nachmittag. Es lägen chronische Kopfschmerzen und eine Verminderung der Konzentration vor. Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit betrage 100 %.

2.1.2 Ä Ä Im Bericht vom 30. März 2010 (Urk. 8/12/1) präzisierte Prof. Dr. D. \_\_\_ seine Beobachtungen dahingehend, als der Beschwerdeführer wegen der ausgeprägten Schläfrigkeit und der damit bedingten neuropsychologischen Defizite nicht mehr arbeitsfähig sei. Bei der Krankheit, an welcher der Beschwerdeführer leide, handle es sich um eine chronische progrediente Erkrankung.

2.1.3 Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 6. April 2011 (Urk. 3/1) schliesslich merkte Prof. Dr. D. \_\_\_ an, dass von Bedeutung sei, ob die Abklärungen im Schlaflabor mit oder ohne Modasomil erfolgt sei. Das Medikament könne die Aussagekraft stark verändern beziehungsweise die Hypersomnie stark mildern. Es stelle sich die Frage, ob eine idiopathische Hypersomnie oder lediglich ein Schlafmangel vorliege. In Anbetracht von sieben Stunden Schlaf und dennoch Tagesmüdigkeit liege eine Hypersomnie vor. Eine solche könne man durchaus bei neurologischen Erkrankungen sehen, bei der Myotonia congenita Typ Becker sei ihm (Prof. Dr. D. \_\_\_) keine Literatur bekannt.

2.2 Ä Ä Ä Ä Dr. B. \_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 21. November 2009 (Urk. 8/9) eine Myotonia congenita Becker seit 1993, eine Narkolepsie seit 2002 sowie Depression. Ob

dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit zumutbar ist, konnte Dr. B. \_\_\_ nicht beurteilen.

2.3 Die Ende Oktober 2002 vorgenommene schlafmedizinische Abklärung im Z. \_\_\_ Zürich (Bericht vom 5. November 2002, Urk. 8/12/2-5) ergab die Diagnosen einer primären Hypersomnie mittelschweren Grades mit Verdacht auf monosymptomatische Narkolepsie, eine Myotonie Becker, Zählneknirschen (306.8) leichten Grades und ein primäres Schnarchen (786.09) leichten Grades. Die polysomnographische Registrierung des Nachtschlafes habe keine Hinweise auf eine Atem- oder Bewegungsstörung ergeben und habe keine erhöhte Fragmentierung des Schlafs gezeigt. Der Nachtschlaf sei von guter Qualität und ausreichender Dauer gewesen, so dass die erhöhte Tagesschlaftrigkeit mit pathologisch verkürzten Einschlafzeiten während des multiplen Schlaflatenztests nicht auf eine ungenügende Schlafqualität oder Schlafdauer zurückgeführt werden können. Neben der sehr kurzen mittleren Einschlafzeit von 3,8 Minuten seien in den 5 Schlafepisoden tagsüber einmal eine REM-Schlafepisode bei Schlafbeginn und in den anderen Schlafepisoden zumindest Komponenten des REM-Schlafs (Muskelatonie, halbschnelle Augenbewegungen) vorgefunden worden. Diese Resultate verfehlten die international anerkannten Kriterien für eine Diagnose von Narkolepsie nur knapp. Dennoch entspreche die Schlaftrigkeitsproblematik einer behandlungsbedürftigen, primären Hypersomnie mit narkolepsieartiger Schlaf-Wach-Regulation.

Die Behandlung der vorliegenden Schlaftrigkeit bestehe aus medizinisch verordneten, regelmässigen Tagesschlafepisoden (1 bis 3 pro Tag) und medikamentöser Behandlung mittels Stimulanzien. Weil der Beschwerdeführer bereits gute Erfahrungen mit dem nichtamphetaminergen Stimulans Modasomil gesammelt und keine Nebenwirkungen bemerkt habe, sei ihm empfohlen worden, die bisherige Behandlung in gleicher Dosis weiterzuführen. Zur besseren Trennung von Wachzustand und REM-Schlaf habe sich bei narkoleptischer Symptomatik auch der Gebrauch von aktivierenden Antidepressiva als günstig erwiesen. Wegen eines ausbleibenden Effekts von Fluctine möchte der Beschwerdeführer vorläufig auf eine zusätzlich aktivierende Medikation verzichten und werde in Zukunft die Strategie einer kurzen Ruhepause zur Mittagszeit und am frühen Abend weiter optimieren. Zusätzlich sei ihm empfohlen worden, das Anknurren gegen den Schlaf zu vermeiden und sich stattdessen in sicherer Umgebung eine kurze Entspannungspause bei geschlossenen Augen zu gönnen. Insbesondere soll er bei Aufkommen von Schlaftrigkeit das Autofahren und andere gefährliche Aktivitäten sogleich unterbrechen und sich durch eine kurze Ruhepause erfrischen.

2.4 Im Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 17. August 2010 (Urk. 8/25) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 4):

■ Myotonia congenita Typ Becker, ED 1993

- Elektroneuromyographisch und genetisch bestätigt

Episodische Migräne ohne Aura, seit Jahren (ICHD-II 1.1)

Hochgradiger Verdacht auf chronisches Schlafmanko (■ behaviourally induced insufficient sleep syndrome ■)

-unter Behandlung mit Modafinil 200 mg/d

- Bruxismus

• -•••• leichtgradiges habituelles Schnarchen■.

••••• Bezüglich der kongenitalen Myotonie Typ Becker sei der neurologische Status weitgehend unauffällig, insbesondere finden sich keine Paresen und sei keine Perkussionsmyotonie auslösbar. Auch subjektiv fühle sich der Beschwerdeführer, insbesondere hinsichtlich seiner Arbeitstätigkeit, von Seiten der Myotonie nicht wesentlich eingeschränkt. Somit seien aus neurologischer Sicht keine weiteren Abklärungen nötig.

••••• Die langjährigen Kopfschmerzen erfüllten anhand der anamnestischen Angaben die Kriterien der internationalen Klassifikation für Kopfschmerzerkrankungen (ICHD-II) für eine episodische Migräne ohne Aura. Die aktuelle Bedarfsmedikation sei für den Beschwerdeführer zufriedenstellend. Während der Attacken sei mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit zu rechnen. Für die Aktigraphie habe der Beschwerdeführer ein dreiwöchiges Tagebuch geführt, worin er auch Kopfschmerzattacken und deren Behandlung eingetragen habe. Hierbei seien drei Attacken notiert worden. In der Annahme von einer bis maximal zwei Migräneattacken pro Woche mit einer Dauer von mehreren Stunden (vier bis acht Stunden) und einer Leistungseinschränkung von annahmeweise maximal 50 % würde eine Arbeitsunfähigkeit von 5 bis 20 % resultieren, für die Dauer der Tagebuchaufzeichnung von lediglich 5 %.

••••• Subjektiv werde der exzessiven Tagesschläfrigkeit/Müdigkeit mit Konzentrationsstörungen die größte Gewichtung zuteil. Im Rahmen der Begutachtung sei eine erneute schlafmedizinische Testbatterie durchgeführt worden. Wie den Befunden entnommen werden könne, zeige die Polysomnographie einen weitgehend unauffälligen Befund mit einzig wiederholt kurzen Episoden von Bruxismus und mit einem geringen Anteil an habituellem Schnarchen. Auffällig seien die relativ hohe Schlaffeffizienz und der etwas erhöhte Anteil an Tiefschlaf, was grundsätzlich sowohl mit einer idiopathischen Hypersomnie als auch mit einem chronischen Schlafmanko vereinbar sei, jedoch deutlich gegen eine Narkolepsie spreche. Die aktuelle Untersuchung sei ebenfalls weitgehend vergleichbar mit der Voruntersuchung von November 2002. Damals sei die Untersuchung vier Wochen nach Absetzen von Modafinil erfolgt. Die aktuelle Untersuchung sei zum Vergleich unter den aktuellen Bedingungen mit Modasomil durchgeführt worden. Dieses sei nur einen Tag vor und während Tagestests abgesetzt worden.

••••• Der multiple Schlaflatenztest habe eine durchschnittliche Einschlaflatenz von 5 Minuten bei vier Tests gezeigt (unter Hinzunahme des fünften Tests acht Minuten). Dies entspreche einer leicht erhöhten Einschlafneigung. Einzig in der ersten Episode habe sich ein sleep-onset REM (SOREM) gefunden, was somit die Diagnosekriterien für eine Narkolepsie nicht erfüllt, jedoch gut mit einem chronischen Schlafmanko vereinbar sei und auch bei Gesunden im ersten Test gelegentlich vorkommen könne. Der Wachhaltetest habe eine normale Fähigkeit dokumentiert, in monotonen Situationen wach zu bleiben. Bei fehlenden anamnestischen Hinweisen für eine Kataplexie, bei den oben beschriebenen schlafmedizinischen Befunden sowie dem fehlenden Nachweis von HLA-DOB1, einem Narkolepsieparameter, sei sowohl eine klassische wie auch eine monosymptomatische Narkolepsie weitgehend ausgeschlossen. Die Polysomnographie und der Schlaflatenztest seien durchaus mit einer beispielsweise idiopathischen Hypersomnie vereinbar. Insgesamt dokumentiere sich jedoch in der dreiwöchigen Aktigraphie eine durchschnittliche Schlafdauer von etwa 6 ¾ Stunden,

was hierfür eindeutig zu kurz wäre. In Anbetracht des instabilen Ruhe-/Aktivitätsmusters besteht jedoch der hochgradige Verdacht auf ein chronisches Schlafmanko.

Die subjektiv beschriebenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen stellten sich zu einem Teil in einem durchgeführten Mini-Mental-Status (28/30 Punkte) sowie einem vereinfachten Mental-Status dar. Die diskreten Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration und der exekutiven Funktionen liessen sich durch den chronischen Schlafmangel teilweise erklären, seien jedoch beim jungen Exploranden sicherlich als auffällig zu werten. Eine dadurch bedingte eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei ebenfalls denkbar, und eine weiterführende, tiefergreifende neuropsychologische Abklärung sei indiziert. Um das eigentliche Ausmass der neuropsychologischen Defizite zu erfassen, wäre es jedoch wichtig, dies erst nach einer aktigraphisch kontrollierten Schlafextension um mindestens ein bis zwei Stunden durchzuführen.

Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit könne nicht abschliessend beurteilt werden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe der Beschwerdeführer bereits über ein halbes Jahr nicht mehr im Finanzcontrolling (bisherige Arbeit) gearbeitet. Er arbeite selbstständig als Consultant für eine Investorengruppe und habe hierfür ein Pensum von 100 % seit Juli 2010 angegeben. Wie oben beschrieben sei mit einer leichtgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von Seiten der episodischen Migräne (ca. 5 %) zu rechnen. Bezüglich der exzessiven Tagesschläfrigkeit sowie der neuropsychologischen Defizite sei im Rahmen dieses Gutachtens keine abschliessende Beurteilung möglich. Von Seiten der Myotonie sei in der angestammten Arbeitstätigkeit aktuell wie auch künftig mit keinen wesentlichen Einschränkungen zu rechnen. Durch eine adäquate Therapie der Migräne, bestehend aus einer Optimierung der Attackentherapie sowie Implementierung einer medikamentösen und nicht-medikamentösen Anfallsprophylaxe, sei mit einer Verminderung der Leistungseinschränkung zu rechnen. Mit einer Schlafextension und einem Einhalten eines regelmässigen Ruhe-/Aktivitätsrhythmus gelte dies durchaus auch bezüglich der Schläfrigkeit/Müdigkeit und der neuropsychologischen Defizite.

### E. 3

3.1 Vorab ist festzustellen, dass die Myotonia congenita Typ Becker beim Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit hervorruft und daher nicht invalidisierend ist. Was die episodische Migräne betrifft, handelt es sich hierbei um Kopfschmerzen, die ein bis zweimal pro Woche während mehreren Stunden auftreten und keine dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen.

Den ärztlichen Berichten kann entnommen werden, dass die geklagte ausgeprägte Schläfrigkeit nicht auf die seit Kindheit bestehende Myotonia congenita Typ Becker zurückzuführen ist. Auch andere organische Ursachen der Hypersomnie wurden in den Berichten nicht genannt. Die Ärzte des Z. \_\_\_ (E. 2.3) diagnostizierten eine primäre Hypersomnie, und Dr. C. \_\_\_ (E. 2.4) nannte den hochgradigen Verdacht auf ein chronisches Schlafmanko. Eine Narkolepsie wurde sowohl von den Ärzten des Z. \_\_\_ als auch von Dr. C. \_\_\_ nicht diagnostiziert, wenn auch nach Ansicht der Ärzte des Z. \_\_\_ die bei der polysomnographischen Registrierung des Nachtschlafes erhobenen Resultate die Diagnose einer Narkolepsie nur knapp verfehlten. Die geklagte Schlafstörung kann damit

nicht auf ein organisches Leiden zurückgeführt werden.

3.3 Weil eine Schlafstörung invalidenversicherungsrechtlich nur relevant ist, wenn der betroffenen Person - nach möglicher Therapie und Aneignung geeigneter Schlafstrategien - die Willensanstrengung, trotz ihrer Schlafprobleme einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, nicht zugemutet werden kann, ist bei einer nichtorganischen Schlafstörung vorauszusetzen, dass diese durch eine psychische Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer verursacht wird oder andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen, welche eine Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung als unzumutbar erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_840/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 4.2 mit Hinweisen).

Dr. B. (E. 2.2) erwähnte in seinem Arztbericht eine Depression, ohne anzugeben, seit wann sie besteht, in welcher Schwere sie vorliegt und wie sie sich - insbesondere in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit - äussert. Weder der behandelnde Neurologe Prof. Dr. D. (E. 2.3) noch der Gutachter Dr. C. (E. 2.4) oder der Beschwerdeführer selber haben dagegen das Vorliegen einer psychischen Störung erwähnt. Da von einer invalidisierenden psychischen Störung nur bei Vorliegen eines medizinischen Substrats gesprochen werden kann, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (BGE 127 V 299 f.), kann die geklagte Schlafstörung ebenso wenig auf eine psychische Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zurückgeführt werden.

Andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien, welche eine Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung als unzumutbar erscheinen lassen, liegen auch nicht vor. Zwar fand Dr. C. (E. 2.4), es sei bezüglich der exzessiven Tagesschläfrigkeit sowie der neuropsychologischen Defizite im Rahmen der Begutachtung keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich. Auf weitergehende Abklärungen kann dennoch verzichtet werden: Aufgrund der während der dreiwöchigen Aktigraphie dokumentierten durchschnittlichen Schlafdauer von zirka 6 3/4 Stunden und des instabilen Ruhe-/Aktivitätsmusters mit Zubettgeh- (zwischen 23.00 und 3.00 Uhr) und Aufstehzeiten (zwischen 4.00 und 11.00 Uhr) stellte Dr. C. den hochgradigen Verdacht auf ein chronisches Schlafmanko und empfahl eine Schlafextension sowie das Einhalten eines regelmässigen Ruhe-/Aktivitätsrhythmus, womit mit einer Verminderung der Leistungseinschränkung zu rechnen sei. Hieraus ist zu schliessen, dass sich der Beschwerdeführer keine geeignete Schlafstrategie angeeignet hat, weshalb sein Leiden schon deshalb keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt.

3.4 Wie Prof. Dr. D. festgestellt hat (E. 2.1.3), kann eine medikamentöse Behandlung die Hypersomnie stark mildern. Laut Bericht von Dr. C. (E. 2.4) wurden die Untersuchungen unter den aktuellen Bedingungen mit Modasomil durchgeführt (vgl. Urk. 8/25 S. 5). Da die versicherte Person im Rahmen der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare zu unternehmen hat, um die Auswirkungen eines krankhaften Zustandes zu mildern, ist die Durchführung der Untersuchungen unter Medikamenteneinnahme nicht zu beanstanden.

3.5. Trotz der seit langem bestehenden Gesundheitsstörungen (1993 bzw. 2002, vgl. E. 2.2) hat der Beschwerdeführer in seiner Berufskarriere keine erheblichen Einbrüche gehabt (vgl. IK-Auszug vom 10.11.2009, Urk. 8/7) und insbesondere im letzten Jahr seiner Anstellung bei der Y. \_\_\_\_ (Januar - November 2009) keine krankheitsbedingten Absenzen (Urk. 8/6/3). Bei der gutachterlichen Untersuchung gab er an, seit Juli 2010 zu 100 % als Consultant tätig zu sein.

3.6. Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

4. Ausgangsmass sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_\_

- 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.