

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00712 vom 13. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00712](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00712)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00712 du 13 mars 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00712 del 13 marzo 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). 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).

1.2 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien.

Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer.

Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person.

Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

1.3 Wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung (vgl. Art. 8 ATSG) einer spezifischen und unfalladäquaten HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle stellt, ist die Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352) sinngemäss anwendbar. Dies ist aus Gründen der Rechtsgleichheit geboten. Dem steht auch der allenfalls organische Charakter des Leidens nicht entgegen (BGE 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

1.4 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass kein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, welcher längerfristig und dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränken könnte (Urk. 2 S. 1 unten). Im vom Beschwerdeführer eingeholten Gutachten werde ebenfalls kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden diagnostiziert, sondern bloss ein syndromales Beschwerdebild beschrieben, das im Sinne der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung als grundsätzlich überwindbar zu betrachten sei (Urk. 7).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das vom Unfallversicherer eingeholte Gutachten von 2010 leide an - näher dargelegten - Mängeln (S. 8 ff. Ziff. 2.3.2) und es sei auf das von ihm veranlasste Gutachten von 2011 abzustellen (S. 12 ff. Ziff. 2.3.3), womit von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Devisenwandler von 50 % auszugehen sei (S. 16 Ziff. 2.4).

### E. 3

3.1 Am 12. Oktober 2008 erlitt der Beschwerdeführer auf der Autobahn in Z. \_\_\_ einen Auffahrunfall, nachdem er wegen eines Staus angehalten hatte (Urk. 8/23/58 Ziff. 5-6).

Der erstbehandelnde Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma über die am 16. Oktober 2008 erfolgte Untersuchung (Urk. 8/23/109-111). Dabei nannte er folgende Diagnose (Ziff. 7): HWS-Distorsion mit QTF-Grad II (Nackenbeschwerden und muskuloskeletale Befunde). Er berichtete, die Beweglichkeit der HWS sei schmerzbedingt eingeschränkt, die neurologische Untersuchung normal gewesen (Ziff. 6a und 6c). Die Röntgenuntersuchung habe keine Fraktur, jedoch eine Steilstellung der Wirbelsäule ergeben (Ziff. 6g).

3.2 Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 9. Dezember 2008 (Urk. (8/23/97-99 = Urk. 8/26/33-35) als Diagnose ein

posttraumatisches zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 12. Oktober 2008 (S. 1 Mitte). Als relevante Befunde bezeichnete er eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle hätten sich keine gefunden, so dass eine Verletzung am Nervensystem wenig wahrscheinlich sei. Der Beschwerdeführer beklage allerdings erhebliche Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, so dass eine minimale Hirnschädigung vorläufig nicht ausgeschlossen sei (S. 3 Mitte).

3.3 Dr. A. nannte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2008 (Urk. 8/23/93-94) als Diagnosen eine HWS-Distorsion im Sinne eines muskulären posttraumatischen Schleudertraumas und ein posttraumatisches psychisches Belastungssyndrom (S. 1 Ziff. 1). Er führte aus, er halte eine frühzeitige psychiatrische Exploration für dringend notwendig (S. 1 Ziff. 6). Die Arbeitsunfähigkeit vom 16. Oktober 2008 bis zum heutigen Zeitpunkt begründe sich vor allem aufgrund der psychischen Problematik inklusive Gedächtnisstörungen und Konzentrationsstörungen (S. 2 oben).

3.4 Dr. B. führte in seinem Bericht vom 6. Januar 2009 (Urk. 8/23/91-92 = Urk. 8/26/31-32) aus, bei subjektiv stationärem Verlauf sei der Untersuchungsbefund doch etwas besser geworden. Leicht verbessert habe sich die Beweglichkeit der HWS und auch der Palpationsbefund sei etwas zurückgegangen, mit einer noch mäßig verdickten und druckdolenten Nacken- und Schultermuskulatur. Er teile den Verdacht eines posttraumatischen Belastungssyndroms (S. 2 Mitte).

3.5 Med. pract. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Bericht vom 27. Januar 2009 (Urk. 8/23/89-90 = Urk. 8/26/29-30) an, es hätten bis dahin drei Konsultationen stattgefunden. Unabhängig davon, dass er eher nicht an ein posttraumatisches Belastungssyndrom glaube, würde er nur schon aus versicherungstechnischen Gründen eine ausführliche radiologische Abklärung empfehlen (S. 1 unten).

3.6 Dr. med. D., Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, erstattete am 6. Februar 2009 über seine als Vertrauensarzt des Unfallversicherers durchgeführte Untersuchung Bericht (Urk. 8/23/82-85 = Urk. 8/26/22-25). Dabei nannte er folgende Diagnosen (S. 2 unten):

- lokalisierte myofasziale Triggerpunktbildung rechts parazervikal bei
- reversibler partieller Bewegungshemmung C0-C3 links ohne Hinweise für eine Hypermobilität oder Instabilität
- Streckhaltung der HWS

Dr. D. führte aus, es habe sich nicht um ein richtungsweisendes Ereignis gehandelt, ohne Hinweise für eine traumatisch bedingte strukturelle Schädigung oder für eine stattgefundene Commotio cerebri respektive retrograde Amnesie (S. 3 Mitte).

Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 50 % für die ersten 4 Wochen nach Therapiebeginn; ab Mitte März 2009 betrage die Arbeitsfähigkeit 75 % und ab Mitte April 2009 100 % (S. 3 unten).

3.7. Dr. B.\_\_\_\_ erstattete am 13. März 2009 (Urk. 8/23/78-79 = Urk. 8/26/17-19) und am 17. März 2009 (Urk. 8/23/76-77 = Urk. 8/26/20-21) einen weiteren Bericht, Dr. A.\_\_\_\_ am 3. April 2009 (Urk. 8/26/14-15). Am 16. März 2009 (Urk. 8/23/72 = Urk. 8/26/16) und am 7. April 2009 (Urk. 8/26/13) berichtete ferner ein konsiliarisch beigezogener Wirbelsäulenchirurg.

3.8. Am 6. April 2009 fand eine neuropsychologische Untersuchung im Universitätsklinikum Zürich statt. Im entsprechenden Bericht (Urk. 8/23/69-71 = Urk. 8/26/10-1) wurde angegeben, im Vordergrund hätten Konzentrationsdefizite und damit einhergehende Probleme im Fehlermonitoring gestanden. Alle anderen geprüften kognitiven Funktionen, insbesondere das Gedächtnis, seien unauffällig gewesen. Die aufgetretenen Defizite seien aus neuropsychologischer Sicht am ehesten im Rahmen des HWS-Traumas zu interpretieren. Zusätzlich seien sie wahrscheinlich durch die Schmerzproblematik mitbedingt (S. 2 unten).

3.9. Med. pract. C.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 29. April 2009 zuhanden des Unfallversicherers an, die Krisenintervention sei beendet; er diagnostizierte eine Anpassungsstörung (Urk. 8/23/67-68 = Urk. 8/26/8-9).

3.10. Dr. B.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 23. September 2009 (Urk. 8/38/61-63) an, dass sich im Beschwerdebild seit Januar 2009 wenig gebessert habe. Es beständen nach wie vor Nacken- und Kopfschmerzen sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig, womit er sich an der Leistungsgrenze fühle; bei Mehrbelastungen nähmen die Beschwerden sofort zu (S. 1 unten). Zudem beständen absenzartige Zustände, welche wahrscheinlich im Rahmen des Schmerzsyndroms zu interpretieren seien (S. 3).

3.9. Am 2. Februar 2010 rutschte der Beschwerdeführer in der Toilette aus und stürzte (Urk. 8/46/19 Ziff. 2).

3.10. Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 12. Februar 2010 (Urk. 8/38/57-59 = Urk. 8/46/16-18) aus, er habe den Beschwerdeführer am 5. und 11. Februar behandelt und nannte als Diagnose einen Status nach Sturz mit Prellungen an Kinn und Nase sowie am linken Knie und am linken Ellbogen, und ein vorbestehendes posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 12. Oktober 2008 (S. 1 Mitte).

3.10. Der Sturz habe eine deutliche Zunahme der vorbestehenden, vom HWS-Trauma herrührenden Nacken- und Kopfschmerzen, mit auch vermehrtem Auftreten von Schwindel, bewirkt (S. 2 oben). Verschlechtert habe sich die Beweglichkeit der HWS (S. 2 unten). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiter 50 % (S. 3).

3.10. Dr. D.\_\_\_\_ führte am 28. Mai 2010 aus, das bagatellartige Ereignis vom 2. Februar 2010 könne höchstens 3 Monate eine vorübergehende Verschlechterung begründen und erachtete den Status quo sine Anfang Mai 2010 als erreicht (Urk. 8/51/2-3 S. 2 Ziff. 3.1).

3.10. Am 22. Februar 2010 erstatteten Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle H.\_\_\_\_, ein Gutachten im Auftrag des Unfallversicherers (Urk. 8/38/2-56). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 11 ff.) und die von ihnen am 18. Oktober sowie 13. und 20. November 2009 (S. 2 oben) erhobenen

Befunde.

Als Angaben des Beschwerdeführers wurde berichtet, er beschreibe seine Schmerzen als Verkrampfung links seitlich des Nackens; das grosse Problem für ihn sei eine Verlangsamung, die ihn im Alltag behindere (S. 11 Ziff. 2.1).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34 Ziff. 6, S. 35 f. Ziff. 4):

- primäre (genetisch vermittelte) Diskusdegenerationen C4/5 und C5/6 sowie L5/S1
- intermittierend symptomatisch in Form von zervikozephalen, zervikospondylogenen und selten zervikoradikulären respektive lumboradikulären Beschwerden
- Verdacht auf sich entwickelnde, diffuse, idiopathische, skelettale Hyperostosen (DISH) assoziiert mit einem zu vermutenden metabolischen Syndrom, möglicherweise mit ein Grund für spondylogene Beschwerden sowohl zervikal wie auch lumbal
- Übergewicht
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- aktenkundig Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung nicht nachweisbar; aktenkundig Hinweis auf phobische Tendenzen in der Anamnese, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung autoanamnestisch nicht angegeben; aktenkundig mittelschwere Konzentrationsstörung und mittelgradige figurale Flüssigkeit multifaktorieller Ursache
- Zustand nach Auffahrkollision am 12. Oktober 2008 mit HWS-Distorsion Grad II QTF

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, es lasse sich keine psychische Störung nachweisen (S. 48 Ziff. 6.1).

Ferner führten die Gutachter aus, im Zeitpunkt der Untersuchungen könnten - zumal ohne einen objektivierbaren Befund an der HWS - keine die Arbeitsfähigkeit limitierenden Beschwerden angenommen werden, und auf diesem Befund basierend sei dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (S. 38 f. Ziff. 7). Unfallkausal bestehe bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Devisenhändler (S. 40 f. Ziff. 7.2) und bezogen auf andere Tätigkeiten (S. 41 Ziff. 7.3) keine Einschränkung.

Am 9. März 2011 erstatteten Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie FMH, Frau Dr. K. \_\_\_\_, Neuropsychologie, und Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Unabhängige medizinische Gutachtenstelle M. \_\_\_\_, ein Gutachten im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 3/4). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 19 f., S. 21, S. 27, S. 40, S. 51) und die von ihnen erhobenen Befunde.

Als vom Beschwerdeführer aktuell angegebene Beschwerden wurden genannt: ständig Schmerzen und Verspannungen Nacken rechts und Schulter rechts, lumbale Schmerzen bei längerem Sitzen, sehr wenig beim Stehen; manchmal seien die Nackenschmerzen sehr stark und führten zu Übelkeit (S. 20 Ziff. 6). Der

Beschwerdeführer beklage keine eigentlichen Kopfschmerzen, allenfalls Ausstrahlungen in den Hinterkopf, jedoch drückten die Schmerzen auf seine Moral. Hinsichtlich Konzentration, kognitive Funktionen etc. sei der Beschwerdeführer verlangsamt, d.h. er könne nicht mehr als eine Stunde am Stück arbeiten, er müsse dann eine Pause machen (S. 20). Seine momentan realisierbare Präsenzzeit am Arbeitsplatz betrage 5 bis 5 ½ Stunden (S. 28 Ziff. 7 B.3).

Im Rahmen der interdisziplinären integrativen Beurteilung wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 58 Ziff. 8.1, S. 66 Ziff. 4):

- neurologisch: Status nach Auffahrkollision am 12. Oktober 2008 mit HWS-Distorsion mit hauptsächlich rechtsseitiger muskulo-skelettaler Lokalisation mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik und Funktionseinschränkung, sowie mit neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik, ohne zentrale oder periphere Ausfallserscheinungen; Lumbovertebralsyndrom

- neuropsychologisch: insgesamt leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich tieferer Strukturen (Hirnstamm) unter Einbezug präfrontaler Strukturen mit Schwerpunkt in der linken Hemisphäre

- orthopädisch: chronisches rechtsbetontes zerviko-thorakales Syndrom nach HWS-Schleudertrauma Oktober 2008; lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS, unfallfremd

- psychiatrisch: Es lässt sich keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert stellen

Weiter wurde ausgeführt, mit Ausnahme der LWS-Beschwerden, welche nicht vordergründig seien, seien die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen (S. 67 Ziff. 5.1).

Der Beschwerdeführer sei durch die interdisziplinäre Beurteilung 50 % arbeitsfähig, eine Verbesserung könne mittels vorgeschlagener Therapie - detonisierende Behandlung der rechtsseitigen Muskulatur mit Botox sowie neuropsychologisches Training (S. 64 unten) - erzielt werden. Ein Endzustand sei nicht erreicht (S. 65 Ziff. 8.5).

#### E. 4

4.1 Das von der Beschwerdegegnerin verwendete Gutachten und das vom Beschwerdeführer veranlasste Gutachten unterscheiden sich im Wesentlichen hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Im erstgenannten Gutachten wurde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, im zweitgenannten lediglich eine solche von 50 %, beides bezogen auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers.

4.2 Gemäss übereinstimmender Beurteilung gehen die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Beschwerden (Nacken-Verspannungen, Konzentrationsschwierigkeiten) auf die beim Unfall erlittene HWS-Distorsion zurück, und es bestehen keine organisch nachweisbaren Funktionsausfälle.

Es ist deshalb angezeigt, die Frage, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit invalidisierenden Charakter hat, sinngemäss entsprechend der bei somatoformen Schmerzstörungen anwendbaren Überwindbarkeitspraxis (vorstehend E. 1.2) zu prüfen (vorstehend E. 1.3).

4.3 Von der Vermutung, die der vollen Arbeitsaufnahme entgegenstehenden Beeinträchtigungen seien zumutbarerweise überwindbar, kann unter anderem dann abgewichen werden, wenn eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer besteht.

Selbst im vom Beschwerdeführer eingeholten Gutachten wurde keine psychiatrische Diagnose gestellt. Eine psychische Komorbidität besteht demnach nicht.

Somit sind die übrigen Kriterien zu prüfen, bei deren Vorliegen die Überwindbarkeitsvermutung hinlänglich würde: Chronische körperliche Begleiterkrankungen sind ebenso wenig gegeben wie ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung. Angesichts der - wenn auch nicht vollen - Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers kann nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens gesprochen werden. Sodann gibt es keinerlei Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns. Soweit aktenkundig, sind über die hausärztliche Betreuung hinaus keine weiteren Behandlungsansätze als erforderlich erachtet worden, so dass auch nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz gesprochen werden kann.

Somit ist keines der alternativ zur psychischen Komorbidität in Frage kommenden Morbiditätskriterien auch nur ansatzweise erfüllt.

4.4 Die Kriterien, die es erlauben würden, von der Vermutung der Überwindbarkeit abzurücken, sind allesamt nicht erfüllt. Damit erweist sich eine allfällige noch bestehende Beeinträchtigung als nicht invalidisierend.

Mangels Invalidität besteht demnach kein Leistungsanspruch, und die angefochtene Verfügung, mit welcher dies festgehalten wurde, erweist sich als rechtmässig.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi

- 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.