

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00914 vom 30. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00914](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00914)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00914 du 30 janvier 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00914 del 30 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1. 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).

2.2. 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. Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden

Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen).

2.3.3.3 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende 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.).

### E. 3

3.1.3.3 Mit Bericht vom 4. Januar 2006 (Urk. 8/9/5-6) diagnostizierte Dr. med. C. \_\_\_\_, FMH Rheumatologie Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine primäre Fibromyalgie sowie eine geringe Varusgonarthrose links. Die rechtsseitigen Schulterschmerzen seien ohne strukturelles Korrelat (vgl. auch Urk. 8/9/9-10). Im Umfang von 50 % sei der Beschwerdeführerin die derzeitige Tätigkeit als Büroangestellte weiterhin möglich.

3.1.3.4 Am 23. Mai 2006 (Urk. 8/16/3) berichtete Dr. C. \_\_\_\_, zwischenzeitlich sei ein akutes lumboradikuläres Reizsyndrom rechts bei nachgewiesener mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts mit Kompression der abgehenden Nervenwurzel S1 hinzugekommen, weshalb die Beschwerdeführerin seit dem 2. Mai 2006 wieder vollumfänglich arbeitsunfähig sei.

3.2.3.3 Am 22. September 2006 erstattete die RehaClinic K. \_\_\_\_, ein Gutachten (Urk. 8/18/1-17). Dazu stützten sich deren Ärzte auf die anlässlich der Untersuchung der Beschwerdeführerin am 29. August 2006 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Unterlagen (Urk. 8/18/1-6). Die Gutachter nannten die Diagnosen (1) eines Status nach Diskushernie L5/S1

rechts paramedian mit Verlegung der Nervenwurzel, aktuell ohne neurologischen Ausfall, (2) einer Fibromyalgie, (3) einer neuromuskulären Dysbalance mit Chondropathia patellae links sowie (4) einer Dekonditionierung mit/bei Adipositas (Urk. 8/18/13). Sie fährten aus, nachdem die Beschwerdeführerin seit 1994 unter latenten Beschwerden gelitten habe, habe sich die Problematik ausgeweitet, so dass nunmehr ein chronifiziertes, generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom bestehe. Hinweise für neurologische Ausfallsymptome hätten sich nicht ergeben (Urk. 8/18/14). Aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren Wirbelsäulensegmente ergebe sich für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit wie auch für die angestammte Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 50 %. Mittels multidisziplinärer Massnahme (stationäre Rehabilitation im Sinne der interdisziplinären Schmerzbewältigung, Verbesserung der allgemeinen physischen Aktivität und Gewichtsreduktion) sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % realistisch (Urk. 8/18/15).

3.3 Vom 12. Februar bis zum 12. März 2007 hielt sich die Beschwerdeführerin in der RehaClinic Z. auf (Urk. 8/37/4), anlässlich dessen das Ziel der Schmerzreduktion bei zwar leichter Verbesserung von Kraft und Rumpfbeweglichkeit aber nicht erreicht werden konnte (Urk. 8/37/5). Neben den bereits bekannten Diagnosen nannten die Ärzte eine leichtgradig depressive Reaktion (Urk. 8/37/4), wobei die depressive Stimmungslage mit grosser Zukunftsangst in der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzkündigung gründe (Urk. 8/37/7). Die Ärzte erachteten eine Beschäftigung mit leichter Büroarbeit im Umfang von 50 % als zumutbar und bezeichneten eine langfristige Steigerung auf 75 % als erreichbar (Urk. 8/36/5, 8/37/5).

3.4 Nachdem die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin am 21. Januar 2008 (Urk. 8/51) mitgeteilt hatte, ihre am 1. Juli 2007 angetretene Teilzeitstelle (50 %) sei per 31. Januar 2008 gekündigt worden, was ihren Gesundheitszustand noch mehr verschlechtert habe, diagnostizierte Dr. med. D., Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom März 2008 (Urk. 8/55) eine mittelgradige depressive Störung ohne Suizidalität mit somatoformer autonomer Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes im Rahmen einer sich seit 2005 entwickelnden Fibromyalgie mit (teilweise genetisch bedingter) typischer Schmerz- und Stressverarbeitungsstörung (ICD-10: F32.11/F45.31/Z63.7/M79.0) und hielt dafür, seit dem 1. Februar 2008 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf von 60 % bis auf Weiteres (Urk. 8/55/2). Er bezeichnete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als sich verschlechternd (Urk. 8/55/4) und erklärte, sie sei seit 2005 mindestens zu 50 % arbeitsunfähig. Zur Zeit werde versucht, die Beschwerdeführerin trotz deutlich verschlechtertem Zustand nach erneuter Kündigung Ende Januar 2008 soweit aufzubauen, dass sie eventuell einem 40%igen Teilzeitpensum nachgehen könne. Im Sinne einer Unterstützung durch die Invalidenversicherung wäre eventuell das Angebot eines geschätzten Arbeitstrainingsplatzes hilfreich und wünschenswert. Hoffnung auf das Finden einer Teilzeitstelle auf dem offenen Markt bestehe derzeit wenig (Urk. 8/55/5).

3.5 Dr. C. berichtete am 14. März 2008 (Urk. 8/56/6-7), die Beschwerdeführerin leide unter einer generalisierten, weichteilrheumatischen Schmerzsymptomatik im Sinne einer Fibromyalgie, ferner an einer Chondropathie patellae links bei muskulärer Dysbalance, Adipositas und reaktiven Depression, welche mit der rezenten Lebensgeschichte zusammenhängen dürfte. Zusätzlich existiere eine

Diskushernie L5/S1 paramedian rechts, welche klinisch zurzeit im Hintergrund stehe. Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte, dass sich die Schmerzsituation der Beschwerdeführerin in den letzten Monaten kontinuierlich verschlechtert habe. Wie es der Natur der Fibromyalgie entspreche, seien die klinischen Befunde in den letzten Monaten wenig spektakulär geblieben, wobei für ihn, Dr. C.\_\_\_\_, am realen Gehalt der Beschwerden zu keinem Zeitpunkt nur die geringsten Zweifel bestanden hätten. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin selbst für körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsunfähig. Therapeutische Massnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sehe er keine.

3.6     Mit Bericht vom 20. April 2008 (Urk. 8/57/1-5) erklärte Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, die Beschwerdeführerin sei seit Januar 2008 in bisheriger Tätigkeit bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/57/2). An anderer Stelle gab er an, in der angestammte Tätigkeit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 10 Wochenstunden, in gesch tztem Rahmen eine solche von 10 bis 15 Stunden pro Woche seit dem Jahre 2005. Durch die Krankheit sei die Beschwerdeführerin vereinsamt (Urk. 8/57/5). Ergänzend führte der Arzt aus, die rheumatologische Problematik habe durch die depressive Erkrankung eine höchst ungünstige Interaktion erfahren. Aus psychischer Sicht wäre eine Beschäftigung im Umfang von 40 bis 50 % sicher sinnvoll, wobei aus internistisch-psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 30 % in gesch tztem Rahmen anzustreben sei. Aus internistisch-rheumatologischer Sicht sei demgegenüber nicht von einer verwertbaren Arbeitsleistung auf dem freien Arbeitsmarkt, sondern von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 8/57/5).

3.7     Nach Vorliegen des Vorbescheids vom 26. Juni 2008 (Urk. 8/60) hielt Dr. D.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 12. September 2008 (Urk. 8/69) dafür, ab dem 1. Januar 2008 hätte - soweit es die Schmerzen zugelassen hätten - eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % aus psychiatrischer Sicht bestanden. Aufgrund der Schmerzverst rkung sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht jedoch seit dem 10. Januar 2008 vollumfänglich arbeitsunfähig.

3.8     Nachdem Dr. D.\_\_\_\_ bereits am 21. Januar 2010 (Urk. 8/107/38) berichtet hatte, die Depression habe sich deutlich zurückgebildet, während im Schmerzbereich eine Progredienz zu verzeichnen sei, schrieb er am 29. September 2010 (Urk. 8/107/27), die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin habe sich auf schlechtem Niveau (tiefer als zwei Jahre zuvor) konsolidiert. Unverändert leide die Beschwerdeführerin unter den Schmerzen, welche sie zunehmend auch im Haushalt behinderten. Nach wie vor bestehe eine Arbeitsunfähigkeit.

3.9     Mit Bericht zu Händen von Dr. E.\_\_\_\_ notierte Dr. C.\_\_\_\_ am 10. Mai 2011 (Urk. 8/107/62-63), bei deutlichem Provokationsschmerz auf Höhe des lumbosakralen Scharniers sei eine Injektion der Facettengelenke L5/S1 geplant. In der Folge machte Dr. C.\_\_\_\_ am 25. Mai 2010 aktenkundig (Urk. 8/107/64-65), die Infiltration habe den gewünschten Effekt nicht gezeigt. Die Schmerzen hätten sich zwar nach kaudal verlagert, seien aber an Intensität gleichbleibend und hätten sich in der aktuellen Untersuchung in endgradiger Extension der Lendenwirbelsäule ausl ssen lassen. Für ihn bestehe kein Zweifel am mechanisch-degenerativen Charakter der Schmerzsymptomatik, welche als strukturbezogene Schmerzkomponente vom weichteilrheumatischen Geschehen abzugrenzen sei.

### E. 3.10.1

Am 11. April 2011 (Urk. 8/107) erstattete das A.\_\_\_\_ sein polydisziplinÄres Gutachten, wofÄ¼r sich die Experten auf die zur VerfÄ¼gung gestellten Akten (Urk. 8/107/4-8), die anÄrssllich der Untersuchung der BeschwerdefÄ¼hrerin am 23. Februar 2011 gemachten Angaben und erhobenen Befunde sowie auf die Teilgutachten (internistisch, orthopÄdisch, psychiatrisch) stÄ¼tzte.

### E. 3.10.2

Der von Dr. med. F.\_\_\_\_, innere Medizin, erhobene internistische Status erwies sich als unauffÄrllig (Urk. 8/107/10).

### E. 3.10.3

AnÄrssllich der psychiatrischen Untersuchung beklagte sich die BeschwerdefÄ¼hrerin gegenÄ¼ber Dr. med. G.\_\_\_\_ Ä¼ber Schmerzen am ganzen KÄ¼rper, welche in den letzten beiden Jahren deutlich schlimmer geworden seien (Urk. 8/107/10). In Bezug auf ihren Alltag fÄ¼hrte sie aus, sie lebe alleine in einer 3Ä½-Zimmer-Wohnung und habe zwei Katzen sowie einen Hund. Den Haushalt fÄ¼hre sie weitgehend selbstÄndig, habe aber fÄ¼r das Tragen schwerer Lasten UnterstÄ¼tzung von Nachbarn, und fÄ¼r das BÄ¼geln gelegentlich Hilfe von ihrer Mutter. Autofahren sei (mit Automat) mÄ¼glich. Am Morgen seien ihre Beschwerden am schlimmsten. Es brauche Zeit, bis die Medikamente ihre Wirkung entfalten wÄ¼rden. Nach dem FrÄ¼hstÄ¼ck kÄ¼mmere sie sich um die Tiere und mache einen kurzen Spaziergang. Nach einer Pause, etwas Haushaltarbeit und einem kleinen Mittagessen mache sie einen ein- bis eineinhalbstÄ¼ndigen Spaziergang mit ihrem Hund. Gelegentlich fÄ¼hre sie ihren Hund zusammen mit einer Kollegin aus. Die BeschwerdefÄ¼hrerin erklÄrte weiter, sie schaue fern und lese. An Wochenenden fÄ¼hle sie sich manchmal etwas einsam. Ä¼fters sei sie bei ihrer Schwester und deren Kindern, die sie ab und zu beaufsichtige. Daneben habe sie Kontakt zu einer Cousine und einer Arbeitskollegin sowie zu drei weiteren Kolleginnen, die sie via Hund kennen gelernt habe. Auch besuche sie einmal wÄ¼hentlich die Hundeschule. Seit sie einen Hund habe, gehe es ihr deutlich besser. Ihr Leben habe sich dadurch positiv verÄndert. Manchmal habe sie AnflÄ¼ge von Ä¼bels LebensverleiderÄ¼ gehabt. Solches sei nicht mehr vorhanden. Eigentliche Suizidgedanken habe sie nie gehabt. Weiter berichtete die BeschwerdefÄ¼hrerin, sie kÄ¼nne aufgrund ihrer Beschwerden nicht mehr arbeiten. Ihr Zustand habe sich aber verbessert, und seit einem Jahr sei sie mit ihrem Leben einigermaßen zufrieden (Urk. 8/107/11). Dr. G.\_\_\_\_ erhob einen weitgehend unauffÄrlligen psychiatrischen Status (Urk. 8/107/12) und notierte, eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit bestehe nicht. DemgegenÄ¼ber leide die BeschwerdefÄ¼hrerin an einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung, wobei als Belastungsfaktor die Trennung von ihrem langjÄ¼hrigen Freund, die sie lange Zeit belastet habe, auffalle. GemÄrssl Aktenlage sei die BeschwerdefÄ¼hrerin frÄ¼her depressiv gewesen und habe sich zurÄ¼ckgezogen. Unter der jahrelangen antidepressiven Behandlung habe sich diese StÄ¼rung jedoch zurÄ¼ckgebildet. Derzeit seien keine diesbezÄ¼glichen Symptome vorhanden, und ein Leidensdruck habe anÄrssllich der psychiatrischen Untersuchung nicht festgestellt werden kÄ¼nnen (Urk. 8/107/13). Der Psychiater notierte sodann, es finde sich kein primÄreres Krankheitsgewinn, und es sei der BeschwerdefÄ¼hrerin trotz geklagter Beschwerden ab dem Zeitpunkt der Untersuchung zumutbar, ganztags einer beruflichen TÄ¼tigkeit nachzugehen. Die BeschwerdefÄ¼hrerin selber fÄ¼hle sich vor allem aufgrund ihrer kÄ¼rperlichen Beschwerden nicht in der Lage,

einer Arbeit nachzugehen (Urk. 8/107/14).

#### E. 3.10.4

Gegenüber Dr. med. H. \_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, erklärte die Beschwerdeführerin, sie fühle sich wie von einem Lastwagen überrollt. Alles schmerze, dies seit 2005 während 24 Stunden täglich, wobei die Beschwerden nachts etwas weniger ausgeprägt seien (Urk. 8/107/14-15). Der Arzt erhob ein angedeutetes, kaum reproduzierbares Hinken links, während die Gangarten problemlos durchgeführt werden konnten (Urk. 8/107/19). Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeigte sich eine weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte. Trotz Angabe äusserst diffuser Druckdolenz an den oberen und unteren Extremitäten tolerierte die Beschwerdeführerin gemäss Ausführungen des Arztes die gesamte Untersuchung und beklagte auch zum Ende keinesfalls einen besonderen Schmerzzuwachs. Auf neurologischer Ebene ergaben sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems, weshalb Dr. H. \_\_\_\_, eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitgehend ausschliessen konnte. Auf radiologischer Ebene hielt der Arzt das Vorliegen deutlich degenerativer Veränderungen bei LWK5/SWK1 samt medialer Diskushernie fest, wobei klare Anhaltspunkte für eine Spinalkanalstenose oder Neurokompression nicht auszumachen waren. Zusammenfassend schrieb der Gutachter, die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden im Bereich des lumbosakralen Übergangs sowie des linken Kniegelenks liessen sich durch die klinischen, radiologischen und intraoperativen Befunde durchaus begründen. Kaum nachvollziehbar seien demgegenüber die übrigen, sehr diffus angegebenen stetig zunehmenden Beschwerden, weshalb insgesamt massive Hinweise für eine Ausweitung der Schmerzproblematik bestanden (Urk. 18/107/20). Dr. H. \_\_\_\_, diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.5) mit Osteochondrose und medialer Diskushernie LWK5/SWK1 ohne klaren Hinweis für eine Neurokompression (MRI 28.9.2010) bei weitgehend freier Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte, (2) chronische Knieschmerzen mit arthrotischen Veränderungen des medialen, beginnend auch femoropatellären und lateralen Kompartiments (Röntgen 17.6.2008, MRI 12.8.2008) bei reizlosen, symmetrisch frei beweglichen Kniegelenken ohne Hinweise für eine Instabilität oder Meniskusläsion, (3) chronische Fusschmerzen links (ICD-10: M72.87) mit klinischem Verdacht auf eine Fasziiitis plantaris, (4) eine chronische Polyarthralgie im Handbereich beidseits (ICD-10: M25.54) bei reizlosen, symmetrisch frei beweglichen Hand- und Fingergelenken beidseits sowie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen (anamnestisch) Status nach Kniearthroskopie rechts im Alter von 19 Jahren und einen massiven Verdacht auf Schmerzausweitung (Urk. 8/107/19). Der Gutachter hielt dafür, für die Tätigkeit im angestammten Beruf als Büroangestellte und Sekretärin sowie für jede andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit besteht gestützt auf die aktuelle Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie das häufige Gehen auf Treppen oder unebenem Grund seien zu vermeiden. Angesichts der erhobenen Befunde sei bei einer derart angepassten Tätigkeit keine wesentliche Schmerzprovokation zu erwarten, weshalb eine solche Beschäftigung auch zumutbar sei. Für Haushaltstätigkeiten sei keine Einschränkung zu attestieren. Demgegenüber seien körperlich mittelschwere und schwere

Tätigkeiten aufgrund der Veränderungen an der lumbosakralen Wirbelsäule sowie dem linken Kniegelenk ungeeignet und sollten der Beschwerdeführerin nicht mehr zugemutet werden (Urk. 8/107/20). Zu den Vorakten Stellung nehmend, erklärte der Arzt schliesslich, es bleibe unklar, auf welchen klinischen Befunden die früher attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % basiert habe. Aktuell bestehe jedenfalls keine spezifische Schmerzhaftigkeit der definierten Tender points mehr, so dass die Diagnose einer Fibromyalgie nicht bestätigt werden könne. Auch eine radikale Reizsymptomatik liege nicht (mehr) vor. Wenngleich die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich eine Beschwerdezunahme beklage, sei eine Einschränkung für körperlich leichte Tätigkeiten nicht zu begründen. Mithin könne mit Blick auf die freie Beweglichkeit von Stamm und Extremitäten sowie fehlendem Hinweis für eine Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems der Einschätzung von Dr. C. \_\_\_\_, welcher selbst für körperlich leichte Aktivitäten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere, nicht gefolgt werden. Bei erfolglosen mehrjährigen konservativen Therapien und dem Verdacht auf eine deutliche nicht-organische Komponente der angegebenen Schmerzen ergebe sich kein Therapievorschlag. Hingegen seien der ausgedehnte Analgetikakonsum zu reevaluieren, eine konsequente Gewichtsreduktion (Urk. 8/107/25) und auf beruflicher Ebene die Reintegration in den Arbeitsprozess dringend anzustreben. Die Beschwerdeführerin sei durchaus in der Lage, einer körperlich leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung nachzugehen, scheine dafür aber kaum Motivation aufzubringen (Urk. 8/107/21-22).

### E. 3.10.5

Zusammenfassend - von allen drei Experten unterschrieben bestätigt (Urk. 8/107/26) - hielten die Gutachter fest, aus polydisziplinärer Sicht sei von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten und in jeder anderen körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit auszugehen. Für körperlich mittelschwer bis schwer belastende Beschäftigungen bestehe demgegenüber eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/107/25). Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit notierten die Ärzte, es sei nur schwierig möglich, die Arbeitsfähigkeit retrospektiv mit Sicherheit zu beurteilen, weshalb die aktuelle Einschätzung spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt und damit ab Februar 2011 Gültigkeit habe. Weil der behandelnde Psychiater jedoch die depressive Stimmung als remittiert bezeichnet habe, sei eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2010 rückblickend nicht mehr sicher nachzuvollziehen. Ferner liege die deutliche Diskrepanz zur Einschätzung des Hausarztes Dr. E. \_\_\_\_, wohl in erster Linie in seiner Rolle als Hausarzt begründet (Urk. 8/107/24).

3.11. Am 12. Mai 2011 (Urk. 8/116) machte Dr. D. \_\_\_\_, eine Einweisung der Beschwerdeführerin in die I. \_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, aktenkundig, nachdem die Beschwerdeführerin aufgrund des Vorbescheides der Beschwerdegegnerin depressiv-suizidal dekompenziert sei.

3.12. Mit Bericht vom 26. Juli 2011 (Urk. 3/3) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 9. bis 30. Mai 2011 diagnostizierten die Ärzte der I. \_\_\_\_, unter anderem (1) eine rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), (2) eine somatoforme Stimmung (ICD-10: F45.0), (3) Probleme in Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit, (4) Alleinleben sowie (5) akzentuierte Persönlichkeitszüge. Sie

erklärten, der Eintritt der Beschwerdeführerin sei freiwillig nach Überweisung durch Dr. D. \_\_\_ erfolgt, nachdem sie sich in einer depressiv-suizidalen Belastungsreaktion, ausgelöst durch den negativen IV-Bescheid, befunden habe.

3.13 Am 26. August 2011 (Urk. 3/7) nannte Dr. C. \_\_\_ (1) ein rezidivierendes lumbovertebrales- bis radikuläres Reizsyndrom S1, (2) eine Varusgonarthrose, (3) ein ausgeprägtes, weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom im Sinne einer primären Fibromyalgie sowie (4) eine Adipositas permagna. Aufgrund dieser rheumatischen Erkrankungen bestehe rückblickend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 1. Januar 2010 bis auf Weiteres. Das derzeitige Funktionsniveau der Beschwerdeführerin reiche seiner Ansicht nach selbst in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht aus, um eine verwertbare Arbeitsfähigkeit umzusetzen.

3.14 Insbesondere gestützt auf somatische Gründe attestierte Dr. E. \_\_\_ am 28. August 2011 (Urk. 3/6) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres.

3.15 Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte am 29. August 2011 (Urk. 3/8) eine rezidivierende depressive Störung mit gelegentlichen Suizidideen, somatischem Syndrom und Schmerzverarbeitungsstörung seit 2007 bei seit 2005 sich entwickelnder Fibromyalgie, Adipositas und muskulärer Dysbalance der gesamten Stammmuskulatur (ICD-10: F33.11), welche Diagnose von der I. \_\_\_ bestätigt worden sei. Unverändert betrage seit dem Jahr 2008 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht je nach Schmerzgeschehen 20 bis 25 %.

3.16 Mit Bericht vom 12. Oktober 2011 (Urk. 11) nannten sodann die Ärzte der Klinik B. \_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 4. September bis 1. Oktober 2011 hospitalisiert war, unter anderen eine somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung seit 2005. Sie notierten, die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt zur psychosomatischen Rehabilitation neben persistierenden Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und Kniegelenken von Zukunfts- und Existenzängsten berichtet. Je nach Perspektive leide die Beschwerdeführerin unter suizidalen Gedanken, wovon sie sich aktuell jedoch glaubhaft distanziert habe. Die suizidalen Absichten habe sie im Sinne einer Abrechnung in die Zukunft verlegt, wenn ihr das Geld ausgegangen sein werde. Aus den Aufzeichnungen ergibt sich ferner, dass in den psychologischen Einzelgesprächen vorwiegend die schwierige Kindheit und die damit verbundenen Belastungen, die finanzielle Situation sowie der Umgang mit den Schmerzen aufgearbeitet wurden. Dabei habe die Beschwerdeführerin auch erkennen können, dass die soziale Situation zu Verspannungen und einem Bruxismus geführt habe, welche eine Schmerzausweitung über den ganzen Schulter-Nacken-Kopfbereich bewirkt hätten. Mit gezielten Massnahmen habe sie lernen können, ihre Muskulatur zu entspannen. Die Ärzte hielten abschliessend fest, dass, werde die Einsprache bei der IV abgelehnt, eine akute psychische Dekompensation mit fatalem Ausgang drohen könnte. Bis auf Weiteres bestehe keine Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 4**

4.1 Die Gutachter des A. \_\_\_ tätigten eigene, umfassende Untersuchungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und lieferten in Auseinandersetzung mit den Vorakten einleuchtende und nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Damit genügt ihre Expertise den an eine beweiskräftige Unterlage gestellten Anforderungen (E. 2.3), weshalb zur Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anhaltspunkte dafür, dass das Gutachten nicht verwertbar wäre, sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht zu erkennen. Soweit die Beschwerdeführerin dem Gutachten des A.\_\_\_\_ den Beweiswert abspricht, erweisen sich ihre Einwände als unbehelflich. So vermag das Vorbringen, die psychiatrische Untersuchung habe bloss Dreiviertelstunden gedauert (E. 1), und für die orthopädische Abklärung seien nicht die vorgesehenen zwei Stunden in Anspruch genommen worden (Urk. 1 S. 9) - ungeachtet dessen, ob dieser Vorhalt überhaupt den Tatsachen entspricht -, nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens zu führen, kommt es für den Aussagegehalt doch grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 9C\_55/2009, E. 3.3 mit Hinweisen), was vorliegend zutrifft. Kein Mangel ist im Weiteren darin zu erblicken, dass die Sachverständigen keine eigenen bildgebenden Untersuchungen veranlassten, konnten relevante Pathologien doch bereits gestützt auf die klinischen Befunde ausgeschlossen werden (vgl. E. 3.10.4). Mithin waren von zusätzlichen bildgebenden - und damit im übrigen potentiell belastenden - Untersuchungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb die Gutachter zu Recht davon absahen. Im übrigen verfuhr Dr. H.\_\_\_\_ mit dem am 28. September 2010 erstellten MRI über eine aktuelle Bildgebung zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation im Bereich der lumbalen Wirbelsäule (E. 3.10.4). Sodann fanden die vom orthopädischen Gutachter genannten Diagnosen sehr wohl Eingang in dessen eigene Beurteilung, hielt er doch dafür, die Beschwerden im Bereich des lumbosakralen Übergangs sowie des linken Kniegelenks seien durch die Befunde durchaus nachvollziehbar, weshalb er denn auch in Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil Einschränkungen (keine Lasten über 10 kg, kein hohes Treppensteigen) aufzeigte (E. 3.10.4). Anlässlich der aktenkundig von allen Gutachtern unterzeichneten Gesamtbeurteilung - der weitere Vorwurf, das Zustandekommen eines Gesamtkonsens sei fraglich (Urk. 1 S. 3), zielt mithin ebenfalls ins Leere -, erachteten zudem die Ärzte mittelschwere und schwere Tätigkeiten als nicht zumutbar und die Beschwerdeführerin in solchen Tätigkeiten als vollumfänglich arbeitsunfähig (E. 3.10.5). Schliesslich vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin, die im Herbst 1996 vorhandenen konkreten Suizidabsichten hätten keinen Eingang in die Expertise gefunden (E. 1), nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens zu führen, ist doch massgebend, wie sich die gesundheitliche Situation im Beurteilungszeitpunkt darbot. So hatte denn der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ bereits am 21. Januar 2010 berichtet, die Depression habe sich deutlich ausgebildet (E. 3.8) und die Beschwerdeführerin sei abgesehen von Schlafstörungen und der Fixierung auf das Schmerzgeschehen psychopathologisch unauffällig (Urk. 8/107/27). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter verneinte die Beschwerdeführerin sodann ausdrücklich, eigentliche Suizidgedanken gehabt zu haben, und sie erklärte, ihr Zustand habe sich verbessert, so dass sie mit ihrem Leben seit einem Jahr einigermaßen zufrieden sei (E. 3.10.3). Dass Dr. G.\_\_\_\_ mit Blick auf diese Aktenlage und unter Hinweis auf eine frühere depressive Problematik, welche sich zwischenzeitlich ausgebildet habe (E. 3.10.3), eine andauernde relevante psychiatrische Erkrankung verneinte, ist mithin in keinerlei Hinsicht zu beanstanden. Dies umso weniger, als die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte depressive Reaktion ihre Erklärung schweremotiv in vorherrschenden Zukunftsängsten und der Arbeitsplatzkündigung - und damit in psychosozialen Faktoren - zu finden schien (E. 3.3, E. 3.4), womit deren Relevanz aus

invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ohnehin fraglich bleibt (vgl. BGE 127 V 294 S. 299 E. 5.a). Endlich vermag die Beschwerdeführerin mit dem Hinweis auf ihr Verständnis als Laie, gestützt auf das MRI vom 28. September 2010, welches einen Kontakt zur Wurzel S1 visualisiere, sei ohne Weiteres auf starke Schmerzen zu schliessen (Urk. 1 S. 5), nichts zu gewinnen, waren klare Anhaltspunkte für eine Kompressionsproblematik in der klinischen Prüfung doch nicht auszumachen und verneinte Dr. H. \_\_\_ das Vorliegen einer radikulären Reizsymptomatik (E. 3.10.4). Endlich führen auch die zahlreichen, nach der am 23. Februar 2011 erfolgten Begutachtung der Beschwerdeführerin verfassten Arztberichte nicht zu einer Schwächung des Beweiswerts des A. \_\_\_-Gutachtens. Soweit erneut von einer depressiven Episode die Rede ist, wies das hiesige Gericht bereits im die Beschwerdeführerin betreffenden Urteil vom 22. Juni 2010 (Urk. 8/93) darauf hin, dass es sich bei einer Episode definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, dem es an der nötigen Dauerhaftigkeit eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Leidens gebricht (E. 4.1 des Urteils). Im Übrigen ergibt sich aus den dem Gutachten nachfolgenden Berichten keine neue Erkenntnis, sondern wurden lediglich die früheren Einschätzungen bekräftigt (E. 3.14, E. 3.15, E. 3.16) und offenbaren sich wiederum Hinweise auf psychosoziale Belastungszustände (E. 3.12, E. 3.16). Soweit endlich die Einschätzung der Gutachter von jener der behandelnden Ärzte abweicht, ist auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen, wonach es nicht Sache des behandelnden Arztes sein kann, in umstrittenen Fällen verbindlich zur Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2011, 9C\_152/2011).

4.2 Was die Kriterien für eine invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung betrifft (E. 2.3) - Gleiches hätte auch für die Diagnose einer Fibromyalgie Geltung -, so fehlt es mit Blick auf das Gutachten an einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere (E. 3.10.3). Ebenso wenig kann als chronische körperliche Begleiterkrankung jenes Leiden - hier das im Vordergrund stehende generalisierte Schmerzsyndrom bei der Arbeitsunfähigkeit nur geringgradig beeinträchtigenden rheumatologischen Befunden (Knie, Lendenwirbelsäulenbereich) - gelten, welches die anhaltende Schmerzstörung aufrechterhält (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar 2009, 9C\_111/2008, E. 3.2). Angesichts der von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen Tagesaktivitäten (Ausführen des Hundes, Besuch der Hundeschule, Kontakt mit der Mutter, Schwester, den Nachbarn und Kolleginnen, E. 3.10.3) ist ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht ersichtlich. Sodann gibt es keine Hinweise für einen primären Krankheitsgewinn und fehlt es an einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik, waren doch Anhaltspunkte für eine Neurokompression und radikuläre Reizsymptomatik anlässlich der Begutachtung nicht (mehr) auszumachen (E. 3.10.4). Endlich vermochten die durchgeführten Behandlungen in objektiver Hinsicht zumindest teilweise zu Verbesserungen zu führen (E. 3.3, Urk. 3/6), während die Motivation der Beschwerdeführerin zur Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag fraglich schien (E. 3.10.4, vgl. auch Urk. 3/3 S. 2).

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführerin die Überwindung ihrer Schmerzproblematik zumutbar ist. Damit lässt sich aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit begründen, weshalb die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen

Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist. Auch in dieser Hinsicht ist die Einschätzung der Gutachter zu bestätigen.

#### **E. 4.3**

4.3.1.1 Zu prüfen bleibt schliesslich, ab wann die Beurteilung der Gutachter Platz zu greifen hat.

Nach Gesagtem steht fest, dass die Beschwerdeführerin zumindest seit dem Begutachtungszeitpunkt - mithin ab dem 23. Februar 2011 - in ihrer angestammten Tätigkeit als vollumfänglich arbeitsfähig zu betrachten ist (E. 3.10.5). Aus den Akten ergibt sich sodann zweifelsfrei, dass sich die depressive Symptomatik spätestens ab Januar 2010 zurückgebildet hatte (E. 3.8). Während in Bezug auf das auch in diesem Zeitpunkt diagnostizierte Schmerzsyndrom von dessen Überwindbarkeit auszugehen ist (E. 4.2), bleibt unklar, welche Einschränkung die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zur Begutachtung im Februar 2011 durch die somatisch objektivierbaren Befunde erfuhr. Dazu findet sich einzig der Bericht von Dr. C., welcher am 25. Mai 2010 ausführte, die Beschwerdeführerin habe bezüglich strukturbezogener Schmerzkomponente im Lumbalbereich, welche klar von der weichteilrheumatischen Problematik abzugrenzen sei, durch eine erneute Infiltration nicht wie erhofft Linderung erfahren. Angaben zur Arbeitsfähigkeit finden sich in dem Bericht nicht (E. 3.9). Zur Frage nach dem Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hielten schliesslich die Gutachter dafür, nach der Remission der depressiven Stimmung sei ab Januar 2010 eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit rückblickend als nicht mehr sicher nachvollziehbar zu erachten (E. 3.10.5). Liegt damit bis zum Begutachtungszeitpunkt keine verlässliche Angabe zur somatischen Beeinträchtigung im lumbosakralen Bereich vor, so ist eine vollständige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit erst ab dem 23. Februar 2011 rechtsgenüglich erstellt.

4.3.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf den Bericht von Dr. D. vom März 2008 (E. 3.4) nach einer Verschlechterung ab Januar 2008 eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 40 % zugrunde gelegt und ihr ab 1. April (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2009, 9C\_233/2009, E. 2.1) eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen (Urk. 8/66/10-11 in Verbindung mit Urk. 8/109/3). Dieses Vorgehen wurde von der Beschwerdeführerin, welche über den 31. März 2010 hinaus die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente beantragt hat (Urk. 1 S. 10), mit keinem Wort gerügt. Auch mit Blick auf die Akten besteht kein Anlass davon abzuweichen, weshalb die Beschwerdeführerin bis am 31. Mai 2011 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat (Art. 88a Abs. 1 IVV).

5. Zusammengefasst steht fest, dass die Beschwerdeführerin ab Februar 2011 in ihrer bisherigen Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist. Damit besteht vom 1. April 2008 befristet bis zum 31. Mai 2011 (Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a IVV) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung, was zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde führt. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

6. 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), auf Fr. 750.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens -

teilweises Obsiegen - zu zwei Dritteln der Beschwerdeführerin und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen (Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) und auf Fr. 600.-- festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Juli 2011 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2008 befristet bis zum 31. Mai 2011 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 750.-- werden der Beschwerdeführerin zu zwei Dritteln (Fr. 500.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel (Fr. 250.--) auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Renée W. Schleifer
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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).