

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00144 vom 18. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00144](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00144)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00144 du 18 juin 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00144 del 18 giugno 2013

## Erwägungen

### E. 3

3.1???? Die urspr?ngliche Rentenzusprache im Juni 2006 (Urk. 8/21-25) beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Beurteilungen (vgl. Urk. 8/19):

???????? Dr. med. B.\_\_\_\_, Fach?rztin FMH f?r Psychiatrie und Psy-chotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 18. Juli 2005 (Urk. 8/12) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit nachfolgender depressiver Dekompensation, bestehend seit November 2001 (lit. A). In der zuletzt ausge?bten T?tigkeit habe vom 1. bis 15. Juni 2004 eine Arbeitsunf?higkeit von 100 %, vom 16. Juni bis 6. Juli 2004 von 63.5 %, vom 7. Juli 2004 bis 3. Januar 2005 eine 100 %, vom 4. Januar bis 20. Januar 2005 eine 63.5 %, vom 21. bis 31. Januar 2005 von 100 % und seit dem 1. Februar 2005 bis heute eine von 63.5 % bestanden (lit. B). Dr. B.\_\_\_\_ f?hrte aus, die Beschwerdef?hrerin sei seit dem 26. November 2001 bei ihr in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 14. Juli 2005 stattgefunden habe (lit. D Ziff. 1-2). Die Beschwerdef?hrerin sei mit der Diagnose einer mittel-gradigen depressiven Episode zum ersten Mal in ihre Behandlung gekommen. Der Zustand habe sich kurz darauf zusehends verschlechtert, so dass sie die Beschwerdef?hrerin im Dezember erneut wegen eines zunehmenden katatonen Zustandsbildes in die C.\_\_\_\_ habe einweisen m?ssen. Die Diagnose sei zu dieser Zeit nicht klar gewesen. Die Beschwerdef?hrerin sei v?llig in sich zur?ckgezogen gewesen und habe kaum geredet. Es seien verschiedene Hospitalisationen im Jahr 2004 erfolgt, unter anderem vom 12. Juli? bis 12. Oktober 2004 und vom 16. November bis 21. Dezember 2004 in der Klinik in E.\_\_\_\_. Die Beschwerdef?hrerin habe erstmalig ?ber ihre ausgepr?gten Wahn- und Beeinflussungsideen sprechen k?nnen. Nach Entlassung Ende Dezember 2004 sei es zu einer langsamen Besserung des Zustandes, im Januar 2005 wieder zu einer Verschlechterung gekommen, welche aber ambulant habe aufgefangen werden k?nnen. Auf den Einsatz der psychiatrischen Spitex im Januar 2005 habe die Beschwerdef?hrerin sehr gut angesprochen. Seit Februar 2005 arbeite die Beschwerdef?hrerin 15 Stunden pro Woche (lit. D Ziff. 3).

???????? Seit Fr?hjahr 2005 gehe es der Beschwerdef?hrerin deutlich zunehmend besser. Sie sei noch rasch erm?dbar und im Alltag wenig belastbar, weswegen mit dem Arbeitschef eine Arbeitseinteilung vereinbart worden sei, wodurch sie jeweils einen Tag zum Erholen habe. Sie ben?tige noch viel Ruhe- und Schlafphasen, fange aber nun auch vermehrt an, aus dem Haus zu gehen (lit. D Ziff. 4).

???????? Dr. B.\_\_\_\_ f?hrte aus, es gebe kein Anhalt f?r Bewusstseinsst?rungen, Konzentrationsst?rungen, Aufmerksamkeits- und Ged?chtnisst?rungen. Die

Beschwerdeführerin sei im Antrieb noch etwas gehemmt, im Denken etwas umstündlich, doch beständen derzeit keine Anhaltspunkte für wahnhaftes Erleben. Sie habe noch Mängel, unvorhergesehene Konflikte im Alltag zu bewältigen (lit. D Ziff. 5).

??????? Die Beschwerdeführerin wolle im Verlauf ihr Arbeitspensum bis auf 50 % aufbauen. Eventuell könne sie auch einen Kassenkurs absolvieren, sodass sie neben den Regalauffklärarbeiten auch an der Kasse arbeiten könne. Wenn die Entwicklung weiter so positiv sei, könne in absehbarer Zeit mit einer etwa 50%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Im Moment bestehe aber noch eine Arbeitsunfähigkeit von 63.5 %, um eine weitere Stabilisierung erreichen zu können (lit. D Ziff. 7).

??????? In ihrem Bericht vom 9. November 2005 (Urk. 8/14) führte Dr. B.\_\_\_\_ ergänzend aus, dass das bisherige Pensum von 15 Stunden pro Woche nicht habe erhöht werden können. Nach wie vor sei der Kassenkurs geplant, um später das Pensum aufzustocken. Die Beschwerdeführerin sei noch schnell ermdbar, zeige sich zwar im Alltag normal belastbar, sei aber bei unvorhergesehenen Ereignissen noch nicht stabil. Die bisherige Strategie sei weiterzuführen (lit. D Ziff. 7).

??????? Auf Anfrage hin führte Dr. B.\_\_\_\_ am 16. November 2005 (Urk. 8/15) aus, die Beschwerdeführerin habe bis Ende Juli 2003 eine 50%ige Stelle innegehabt, die sie von sich aus wegen ihrer gesundheitlichen Probleme ab 1. August 2003 in eine 36.5%ige Stelle umgewandelt habe. Sie habe also in dieser Zeit 15 Stunden pro Woche gearbeitet bis Ende Mai 2004. Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis habe sie damals nicht ausgestellt, aber diese Reduktion sei anhand andauernder Überforderungsprobleme erfolgt. Die Krankheit bestehe seit mindestens November 2001.

3.2???? Dr. med. D.\_\_\_\_, Chefarzt der Klinik E.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 31. August 2005 (Urk. 8/13) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- akute schizophrenieforme psychotische Störung mit akuter Belastung (ICD-10 F23.21)
- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit dem Jahr 2001

??????? Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, während den stationären Aufenthalten vom 12. Juli bis 12. Oktober 2004 und vom 16. November bis 21. Dezember 2004 habe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (lit. B). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig (lit. C). Die Beschwerdeführerin gebe an, sie leide an Ein- und Durchschlafstörungen, innerer Unruhe, Traurigkeit, Einsamkeit, Herzrhythmusstörungen, Überforderung, Erschöpfung, stark ausgeprägtem Morgentief, an sozialem Rückzug und unter Hoffnungslosigkeit (lit. D. 4). Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es seien keine Konzentrationsstörungen objektiv feststellbar und es bestehe kein Anhalt für formale Denkstörungen. Es seien keine Befürchtungen, Zwänge, Wahn, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen eruierbar. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin deprimiert, innerlich unruhig und habe eine Störung der Vitalgefühlle. Sie sei im Antrieb gehemmt und es bestehe ein sozialer Rückzug (lit. D. 5).

??????? Im Rahmen des stationären Aufenthaltes habe die Beschwerdeführerin tages-strukturierende sowie flankierende Massnahmen zur Krisenintervention benötigt. Inwieweit die Beschwerdeführerin in einer belastenden psychosozialen Lebenssituation (bevorstehende Trennung vom Ehemann) arbeitsfähig bleiben werde, sei fraglich. Dies

werde in starkem Masse auch davon abhängig sein, wieweit die Beschwerdeführerin bereit sei, sich durch ambulante Massnahmen unterstützen zu lassen (lit. D. 7). Da die Beschwerdeführerin seit Ende 2004 nicht mehr bei ihnen in Behandlung sei, könnten zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit keine weiteren Angaben gemacht werden (S. 3).

#### E. 4

4.1???? Im Zusammenhang mit dem im Juni 2006 eingeleiteten Revisionsverfahren finden sich folgende medizinische Berichte in den Akten:

???????? Dr. B.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 10. August 2006 (Urk. 8/32) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode (ICD-10 F32.0) nach akuter Psychose, bestehend seit dem Jahr 2001 (lit. A).

???????? Seit dem 1. Februar 2005 bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 63.5 % (lit. B). Die letzte Untersuchung habe am 11. Juli 2006 stattgefunden (lit. D Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin sei im Gespräch offen, im Denken verlangsamt und umständlich. Die Stimmung sei unterschiedlich, einmal ausgeglichen, dann wieder bedrückt. Im Alltag leide sie immer noch an Antriebsstörungen, rascher Ermüdbarkeit und schlafe viel, vor allem wenn sie sich nicht gut fühle (lit. D Ziff. 5). Die Therapie mit Zyprexa werde weitergeführt und bis jetzt sei eine Erhöhung der Arbeitszeit noch nicht möglich. Ziel sei, später eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen (lit. D Ziff. 7).

???????? In ihrem Bericht vom 17. Dezember 2006 (Urk. 8/42) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass es im Oktober 2006 wieder zu einer zunehmenden Verschlechterung wegen Problemen mit der Tochter, welche bei der Beschwerdeführerin wohne und ebenfalls recht grosse psychische Probleme habe, gekommen sei. Die Beschwerdeführerin habe auch versucht, mehr zu arbeiten. Es habe sich aber bald gezeigt, dass sie wieder rasch in eine Überforderungssituation geraten sei. Sie habe viel gearbeitet, sei ständig müde gewesen und habe sich von ihren Gedanken kaum mehr distanzieren können. Sie habe mit ihrer Vorgesetzten vereinbart, dass die Stundenzahl nicht wesentlich über 15 Stunden pro Woche gesteigert werden solle. Zudem habe sie wieder die Zyprexa-Dosis erhöht, womit anfangs Dezember 2006 eine Stabilisierung der psychischen Situation eingetreten sei (lit. D Ziff. 3).

4.2???? Im Zusammenhang mit dem im April 2008 eingeleiteten Revisionsverfahren findet sich der folgende medizinische Bericht in den Akten:

???????? Dr. B.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 25. Mai 2008 (Urk. 8/49) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F32.0), bestehend seit dem Jahr 2001
- Zustand nach längerer psychotischer Episode mit noch unvollständiger Remission (F20.x4)

???????? Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, in der ursprünglichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als angelesene Verkäuferin bestehe seit dem 1. Februar 2005 bis 25. Mai 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 63.5 % (Ziff. 3). Es bestehe eine zum Teil schwankende Befindlichkeit mit geringer Belastbarkeit bei unvorhergesehenen Alltagsereignissen. Sie arbeite doch regelmässig etwa 15 Stunden pro Woche und Krisen würden durch Medikamentenerhöhung aufgefangen (Ziff. 4.3). Sie sei schnell ermüdbar und ängstlich und

leide an immer wieder auftretenden Schlafstörungen und an geringer Belastbarkeit (Ziff. 4.4).

Derzeit leide sie an psychomotorischer Verlangsamung, an verlangsamtem Denken, depressiver Stimmungslage und habe immer wieder kreisende Gedanken um ihre Alltagsprobleme, vor allem wenn die Anforderungen stiegen. Es bestünden keine akuten floriden psychotischen Symptome (Ziff. 4.5). Seit dem 1. Februar 2005 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 15 Stunden pro Woche, wobei sich die bisherige Arbeitstätigkeit bewahrt habe (Ziff. 6.2-3).

5.?????

5.1???? Im Zusammenhang mit dem im August 2010 eingeleiteten Revisionsverfahren finden sich die folgenden medizinischen Berichte in den Akten:

Dr. B.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 5. September 2010 (Urk. 8/57 = Urk. 3/15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Zustand nach längerer psychotischen Episode mit unvollständiger Remission (F22.x4)
- rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F32.0)

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei im Denken verlangsamt, umständlich, ausschweifend, der Antrieb sei vermindert und sie werde immer wieder von alltäglichen Problemen gedanklich stark in Anspruch genommen. Sie könne nur wenig Distanz zu ihren Problemen herstellen und könne sich schwer von einem Problem-Thema lösen. Sie leide an Gedankenkreisen (Ziff. 1.4). Derzeit finden regelmäßige Kontrollen statt, wobei sie die Beschwerdeführerin zuletzt am 17. August 2010 gesehen habe (Ziff. 1.2 und Ziff. 1.5). Sie habe dann auch wieder bessere Phasen. Es gehe um eine psychosoziale Begleitung im Umgang mit den anfallenden täglichen Problemen, Krisenintervention wenn nötig, mit dem Ziel Ressourcen zu fördern und sie zu stabilisieren (Ziff. 1.5).

In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als angelernte Verkäuferin bestehe nach wie vor eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 63.5 % (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin habe versucht, mehr als 15 Stunden pro Woche zu arbeiten, was sich aber auf die psychische Befindlichkeit negativ ausgewirkt habe (zunehmende Anspannung, Nervosität, Schlafstörung, verminderte Abgrenzung). Die Beschwerdeführerin leide an Unkonzentriertheit, geringer Belastbarkeit, Beziehungsideen und interpretiere dann Negatives gegen sich.

Sie brauche Rückzugsmöglichkeiten, um den inneren Abstand herstellen zu können. Es sei immer wieder eine leichte paranoide Komponente erkennbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sehr Mühe, wie schon in früheren akuten Schüben, über ihre Gedanken zu sprechen, aus Angst, es könnte etwas passieren oder man könne es gegen sie verwenden. Die letzten beiden Jahre sei es mit 15 Stunden pro Woche gut gelaufen. Sie arbeite meist nicht mehr als 5 Stunden pro Tag und es sei jeweils ein freier Tag folgend. Die Arbeit in diesem Rahmen sei sehr hilfreich, um eine regelmäßige Struktur herzustellen. Sie sollte in diesem Rahmen weitergeführt werden und eine Erholung würde die Belastung verstärken und damit auch die Gefahr, dass sie die Arbeit nicht mehr bewältigen könne (Ziff. 1.7).

Am 25. Juni 2011 erstatteten med. pract. A.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 8/63).

???????? Sie stellten zusammenfassend folgende psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 5.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0)

???????? Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 5.2):

- akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 Z73.1)

- Differenzialdiagnose: kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61)

- anamnestisch: Status nach psychotischer Symptomatik im Rahmen einer akuten schizophreniformen, psychotischen Störung mit akuter Belastung (ICD-10 F23.21) im Jahr 2001 bzw. 2002-2004

- anamnestisch: Störung durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen im Zeitraum von etwa 2001-2005 (ICD-10 F13)

???????? Die Gutachterin und der Gutachter führten aus, im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten bei der Beschwerdeführerin allenfalls leichte depressive Symptome festgestellt werden können. Im Längsschnittverlauf sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Während bei ihr im Zeitraum 2001 bis 2004 mittelgradige depressive Episoden beschrieben worden seien, sei es unter einer adäquaten antidepressiven Behandlung zu einer Teil-Remission insofern gekommen, dass nachfolgend nur leichte depressive Episoden beschrieben worden seien. Die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer sozialen und beruflichen Anamnese liessen bei ihr akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen erkennen. Die bestehenden Auffälligkeiten bei der Persönlichkeitsakzentuierung stellten eine gewisse Vulnerabilität dar (S. 22 unten). Es sei anzunehmen, dass belastende Lebensereignisse, vor allem auch Verlusterlebnisse und Verlustängste, zur Labilisierung der strukturellen Vulnerabilität mit beitragen und die Entwicklung depressiver Episoden begünstigt haben.

???????? Betreffend die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich festhalten, dass die per definitionem seit der Jugend bestehenden akzentuierten Persönlichkeitszüge beziehungsweise gegebenenfalls die kombinierte Persönlichkeitsstörung für sich alleine betrachtet keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. Der Beschwerdeführerin sei es möglich gewesen, eine Berufsausbildung zu absolvieren und viele Jahre einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, wobei sie aus privaten Gründen eine Teilzeittätigkeit mit 50 % ausgeübt habe (S. 23 Mitte).

???????? Die quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit hätten sich aufgrund der depressiven Erkrankung ergeben. Die ausschliesslich anhand der subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin über ihre früheren Erlebnisweisen retrospektiv 2004 gestellte Diagnose einer akuten schizophreniformen psychotischen Störung mit akuter Belastung sei allenfalls teilweise nachvollziehbar. Definitionsgemäss resultiere aus einer akuten, d.h. zeitlich begrenzten, psychotischen Störung kein Residualsyndrom. Eine paranoide Schizophrenie, bei der es im Verlauf zu einem Residualsyndrom hätte kommen können, habe bei der Beschwerdeführerin noch nie vorgelegen. Anhand der Aktenlage und anhand der Angaben über den Verlauf ihres Krankheitsbildes hätten sich bei der aktuellen

gutachterlichen Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine frühere und aktuelle paranoide Schizophrenie ergeben.

Die von Dr. B. \_\_\_ im Bericht vom 5. September 2010 erwähnten Beziehungsideen in der Form, dass die Beschwerdeführerin Negatives gegen sich interpretiere, liessen sich mit den festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszügen erklären. Die erwähnte leichte paranoide Komponente sei nicht nachvollziehbar.

Im Längsschnittverlauf sei es bei der Beschwerdeführerin seit einem Jahr, soweit dies retrospektiv nachvollziehbar sei, zu einer deutlichen Besserung und Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen (S. 23 unten, S. 25 f. Ziff. 8.5).

Die im September 2010 beschriebenen Symptome verlangsamtes Denken, verminderter Antrieb, Gedankenreisen, Unkonzentriertheit, Erschöpfung, Beziehungsideen, leichte paranoide Komponente hätten bei der aktuellen Untersuchung Ende Mai 2011 nicht bestätigt werden können. Die Beschwerdeführerin habe einen ausgefüllten Tagesablauf und viele Hobbies und Freizeitaktivitäten geschildert (S. 24 oben). Als psychosoziale Belastungsfaktoren hätten der Migrationshintergrund, berufsfremde Arbeitstätigkeit, Problem der Beziehung zur Tochter und vor allem ein subjektives Krankheitskonzept festgestellt werden können. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der genannten Diagnosen leichte Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen. Diese seien durch eine eingeschränkte Stress- und Frustrationstoleranz, Einschränkung der sozialen Kompetenzen, insbesondere der Konflikt-, Anpassungs- und Abgrenzungsfähigkeit, sowie einer leichten Einschränkung der Ausdauer bedingt (S. 24 Mitte).

Abschliessend führten die Gutachter aus, in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % im Sinne einer bestehenden Leistungsminderung bezogen auf ein Vollzeitpensum mit ausgewiesenen Besserungstendenzen (S. 24 Ziff. 7.1). Diese Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % sei seit etwa einem Jahr, spätestens aber seit der gutachterlichen Untersuchung im Mai 2011 ausgewiesen (S. 24 Ziff. 7.2). Auch in adaptierten Tätigkeiten des freien Arbeitsmarktes sei bei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % ausgewiesen (S. 24 Ziff. 7.3). Als adaptierte Tätigkeiten seien solche zu nennen, die keine besonderen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz sowie keine besonderen Anforderung an die sozialen Kompetenzen stellten. Die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin sei leidensadaptiert und eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei eindeutig möglich (S. 24 Ziff. 7.4).

Die Beschwerdeführerin meine, nicht mehr als 15 Stunden pro Woche arbeiten zu können. Diese Selbsteinschätzung habe sie mit ihren Erfahrungen, als sie im Rahmen einer Vertretung bis zu 20 Stunden pro Woche gearbeitet habe und eine Zunahme der subjektiven Erschöpfung sowie eine gewisse Reizbarkeit festgestellt habe, begründet. Diese tiefe Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht bei den vorliegenden Diagnosen nicht nachvollziehen. Bei dieser Selbstbeurteilung seien neben depressiven Insuffizienzgefühlen, ein sekundärer Krankheitsgewinn, Verdeutlichungstendenzen sowie psychosoziale Belastungsfaktoren zu erwähnen (S. 25 Ziff. 8.4). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit spätestens einem Jahr wesentlich gebessert (S. 26 Ziff. 9.3).

5.3???? Am 10. November 2011 nahm Dr. B.\_\_\_\_ zum psychiatrischen Gutachten Stellung (Urk. 8/79 = Urk. 3/24). Sie f?hrte zusammenfassend aus, sie sei grunds?tzlich von einer schwereren St?rung bei der Beschwerdef?hrerin ausgegangen und habe die Diagnose der Klinik E.\_\_\_\_ ?bernommen, habe einen Therapieplan aufgestellt, und die Beschwerdef?hrerin sei auch so instruiert worden. Es sei aber auch m?glich, die Symptome einer Pers?nlichkeitsst?rung zuzuordnen, wobei die Symptome rasche Erm?dbarkeit, geringe Belastbarkeit, paranoid anmutende Reaktionen auf Belastungssituationen, depressive Gedanken mit Kreisen um ein Problem, und die M?he, sich von Problemen distanzieren zu k?nnen, wesentlich blieben. Es liege ein sozialer R?ckzug bei ?berforderung und Druck am Arbeitsplatz vor. W?hrend des Behandlungsverlaufes sei es immer das Ziel gewesen, die Beschwerdef?hrerin im Arbeitsprozess zu unterst?tzen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Da sie in den Jahren nach der Hospitalisation in E.\_\_\_\_ immer wieder Phasen von Krisen mit oben aufgef?hrten Symptomen aufgewiesen habe, sei sie in ihrer Arbeitsleistung eingeschr?nkt. Eine Reduktion der neuroleptischen Behandlung habe zudem eine Verschlechterung gebracht, und ein vollst?ndiges Absetzen sei nie m?glich gewesen. Da die Beschwerdef?hrerin von ihrer Chefin die R?ckmeldung erhalten habe, sie arbeite langsam und sie sei nicht so belastbar, sei das Ziel der Behandlung auf die Erhaltung der bisherigen Arbeitsleistung fokussiert gewesen. Seit Anfang 2011 habe die Beschwerdef?hrerin nun eine neue Chefin, mit welcher sie gut auskomme, und die offenbar mehr auf die F?higkeiten und Gegebenheiten der Beschwerdef?hrerin eingehen k?nne, weshalb nun ein Arbeitsvertrag mit 50%iger Arbeitszeit abgeschlossen worden sei (S. 4 Mitte).

???????? Insgesamt sei im Laufe des Jahres 2011 eine deutliche Stabilisierung eingetreten. Die Beschwerdef?hrerin sei ruhiger, sicherer und habe nicht mehr so starke Krisensituationen mit depressiven Reaktionen. Unter anderem f?hre sie das auch auf die neue Chefin zur?ck, die seit Anfang Jahr auch am Arbeitsplatz f?r eine ruhigere und regelm?ssigere Arbeitszeit schaue. Seit 1. Oktober 2011 arbeite die Beschwerdef?hrerin nun zu 50 % bei der Y.\_\_\_\_ an ihrem bisherigen Arbeitsplatz. Nach Meinung von Dr. B.\_\_\_\_ sollte langsam eine Arbeitssteigerung vorgenommen werden, nur schrittweise, da zu bedenken sei, dass die Beschwerdef?hrerin von 2001 bis 2010 recht instabil in ihrer Befindlichkeit gewesen sei und doch ?fters mit depressiven Symptomen auf ?berforderung und Stress-Situationen reagiert habe. Die Beschwerdef?hrerin habe sich immer sehr bem?ht, alles richtig zu machen, auch mit der Medikation (S. 4 unten). Die insgesamt positive Entwicklung sei aber durchaus zu erkennen, sodass es schade w?re, dies zu gef?hrden, wenn zu schnell zu viel Druck aufgesetzt werde. Zudem habe sie seit Jahren einen stabilen Arbeitsplatz, wo sie zunehmend Vertrauen und Sicherheit finden und entwickeln k?nne. Nach Meinung von Dr. B.\_\_\_\_ sollte zumindest der Arbeitsversuch mit 50 % Leistung (20 Stunden pro Woche) seit 1. Oktober 2011 bis im Fr?hjahr weitergef?hrt und dann eine Beurteilung der Arbeitssituation durchgef?hrt werden (S. 5).

## **E. 6**

6.1???? Vorab ist die Verwertbarkeit des von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Gutachtens vom 25. Juni 2011 (vorstehend E. 5.2) zu pr?fen.

6.2???? Die Beschwerdef?hrerin machte geltend, das Gutachten leide unter anderem an massiven formellen M?ngeln, weshalb es unverwertbar sei (vorstehend E. 2.2). Indem lediglich der nicht am Gutachten mitwirkende Dr. Z.\_\_\_\_ und nicht seine Ehefrau med. pract. A.\_\_\_\_ im Voraus bekanntgegeben worden sei, h?tte sie, die Beschwerdef?hrerin,

keine Möglichkeit gehabt, gegen letztere Ausstands- und Ablehnungsgründe zu äussern, weshalb das rechtliche Gehör verletzt worden sei (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 2.4-5). Tatsächlich sei die Untersuchung nur durch med. pract. A.\_\_\_\_ durchgeführt worden, welche gar nicht beauftragt gewesen sei, und sie habe Dr. Z.\_\_\_\_ gar nicht gesehen, was ihr Ehemann bezeugen könne (Urk. 1 S. 9 Ziff. 2.5). Es könne nicht angehen, dass der beauftragte und auch akzeptierte Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ die Untersuchung nicht selbst vorgenommen habe und dann ausführe "Wir haben die Versicherte ausführlich untersucht und begutachtet" (Urk. 1 S. 10 Ziff. 2.6). Da sich auch die Frage stelle, wer das Gutachten geschrieben habe, dränge sich die Herausgabe der Handnotizen auf, welche anlässlich der Untersuchung von med. pract. A.\_\_\_\_ erstellt worden seien (Urk. 1 S. 10 ff. Ziff. 2.7).

### **E. 6.3**

6.3.1?? Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt; diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

???????? Am 1. Dezember 2010 teilte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit, dass eine ambulante psychiatrische Abklärung nötig sei, welche von Dr. Z.\_\_\_\_ durchgeführt werde (Urk. 8/60).

???????? Mit Schreiben vom 7. Mai 2011 (Urk. 8/61) erhielt die Beschwerdeführerin das Aufgebot zur psychiatrischen Begutachtung am 30. Mai 2011, unterzeichnet durch med. pract. A.\_\_\_\_.

???????? Daraus kann nicht geschlossen werden, dass med. pract. A.\_\_\_\_ die Begutachtung durchführen werde. Wie Dr. Z.\_\_\_\_ und med. pract. A.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 2. November 2011 (Urk. 8/75) ausführten, sei die Begutachtung tatsächlich - nach vorgängiger Einverständniserklärung seitens der Beschwerdeführerin - durch med. pract. A.\_\_\_\_ durchgeführt worden, und Dr. Z.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin nicht persönlich gesehen. Die diagnostischen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen, sowie die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit hätten auf den ausführlichen Untersuchungen durch med. pract. A.\_\_\_\_ beruht. Die Problematik sei jedoch ausführlich und umfassend diskutiert und besprochen worden. Da der Gutachtensauftrag ursprünglich an Dr. Z.\_\_\_\_ gegangen sei, habe er mitunterschrieben.

6.3.2?? Eine mangelhafte vorgängige Orientierung führt indessen nicht ohne Weiteres zur Unverwertbarkeit der entsprechenden Abklärungsergebnisse. Der betroffenen Partei darf aus einer mangelhaften Eröffnung nur (aber immerhin) kein Nachteil erwachsen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_547/2007 vom 19. März 2008 E. 2.3 mit Hinweis). Die Bekanntgabe der Namen dient dem Zweck, das Abklärungsverfahren der Sozialversicherer derart zu vereinheitlichen, dass dieses nicht im Nachhinein wegen formeller Mängel in Zweifel gezogen und das Gutachten nachträglich wegen gesetzlicher Ausstands- und Ablehnungsgründe (im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG; vgl. dazu BGE 132 V 93 E. 6.5 mit Hinweisen) in der Person des Gutachters als beweisuntauglich erklärt werden muss.

???????? Die Nichtbeachtung der Ausstandspflicht stellt in der Regel eine schwerwiegende Verletzung der Verfahrensvorschriften dar und hat deshalb ungeachtet der materiellen Interessenlage die Aufhebung des unter Mitwirkung einer ausstandspflichtigen Person gefassten Entscheids zur Folge (BGE 132 V 376 E. 7.3; Urteil 8C\_547/2007 vom 19. März 2008 E. 2.3).

6.3.3?? Die Vorbringen von Seiten der Beschwerdef?hrerin richten sich prim?r gegen med. pract. A.\_\_\_\_. Da eine mangelhafte vorg?ngige Orientierung nicht ohne Weiteres zu einer Unverwertbarkeit des Gutachtens fhrt, ist zu pr?fen, ob gegen med. pract. A.\_\_\_\_ gesetzliche Ausstands- und Ablehnungsgr?nde geltend gemacht worden sind, welche die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Gutachtens in Frage stellten. Die Ausstandsgr?nde nach Art. 36 ATSG stimmen mit denjenigen nach Art. 10 des Bundesgesetzes ?ber das Verwaltungsverfahren (VwVG) ?berein (SVR 2007 IV Nr. 22 S. 77 E. 2.2.3, I 478/04). Dazu geh?ren ein pers?nliches Interesse an der zu beurteilenden Sache, aber auch die enge verwandtschaftliche oder freundschaftliche Verbundenheit mit einer Partei oder andere Gr?nde von ?hnlichem Gewicht (Urteil des Bundesgerichts U 31/07 vom 7. Dezember 2007 E. 6.1). Bedenken materieller Natur k?nnen nicht Inhalt eines Ausstandsbegehrens sein, sondern sind allenfalls im Rahmen der W?rdigung des Gutachtens vorzubringen (BGE 132 V 93 E. 6.5).

??????? Derartiges bringt die Beschwerdef?hrerin in ihrer Beschwerde nicht vor. Vielmehr wird vorgeworfen, dass die Beschwerdef?hrerin wegen der mangelhaften vorg?ngigen Orientierung keinerlei Ausstands- oder Ablehnungsgr?nde habe geltend machen k?nnen, ohne jedoch solche ausdr?cklich zu nennen. Nur weil die Gutachterin psychosoziale Belastungsfaktoren und ein subjektives Krankheitskonzept erw?hnte und in Erw?gung zog, dass eine paranoide Schizophrenie unter Umst?nden nie vorgelegen habe (vgl. Urk. 1 S. 15 Ziff. 2.11), kann sie nicht schon als voreingenommen gelten.

6.4???? Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gegen die begutachtende ?rztin med. pract. A.\_\_\_\_ weder gesetzliche Ausschluss- noch Ausstandsgr?nde geltend gemacht wurden und auch sonst keine die Verwertbarkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehenden triftigen Gr?nde vorgebracht wurden. In der Stellungnahme vom 2. November 2011 (Urk. 8/75) von Dr. Z.\_\_\_\_ und med. pract. A.\_\_\_\_ wurde im ?brigen klar festgehalten, dass med. pract. A.\_\_\_\_ das Gutachten erstellt habe, weshalb sich die Fragen betreffend Herausgabe der Handnotizen (vgl. Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 2.7) und einer Zeugeneinvernahme des Ehemannes der Beschwerdef?hrerin (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 2.5), welcher das Nichterscheinen von Dr. med. Z.\_\_\_\_ best?tigen sollte, er?brigen. Auch legte Dr. Z.\_\_\_\_ gen?gend und plausibel dar, weshalb er das Gutachten mitunterschrieben hatte.

??????? Bei den ?brigen Vorbringen gegen das psychiatrische Gutachten handelt es sich um solche materieller Art, welche im Folgenden zu pr?fen sind.

## **E. 7**

7.1???? Die Zusprache der abgestuften respektive Dreiviertelsrente im Juni 2006 (Urk. 8/21-25) erfolgte aufgrund der psychiatrischen Einsch?tzung durch Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1), welche gest?tzt auf den Bericht des Chefarztes der Klinik E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) von einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit nachfolgender depressiver Dekompensation, bestehend seit November 2001, ausging, woraus sie ab Februar 2005 auf eine konstant bestehende Arbeitsunfhigkeit von 63.5 % schloss und zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes ein 15 Stunden pro Woche nicht ?berschreitendes Pensum bef?rwortete. An dieser seit 1. Februar 2005 um 63.5 % eingeschr?nkten Arbeitsfhigkeit hielt Dr. B.\_\_\_\_ auch in ihren im Rahmen der Rentenrevisionen der Jahre 2006 und 2008 eingeholten Berichten fest (vorstehend E. 4.1-2).

??????? Die Beschwerdegegnerin st?tzte die Einstellung der Invalidenrente in ihrer Verf?gung vom Dezember 2011 (Urk. 2) auf das Gutachten vom Juni 2011 (vorstehend E.

5.2), worin bei diagnostizierter rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), von einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30 % sowohl in der Tätigkeit als Verkäuferin als auch in anderer angepassten Tätigkeit, vermutlich bestehend seit Mai 2010, ausgegangen wurde.

7.2???? Die Beschwerdeführerin brachte gegen das psychiatrische Gutachten vor, dieses sei materiell untauglich, da die Untersuchung lediglich in einem Vortragen der Krankengeschichte bestanden habe und med. pract. A. \_\_\_ bis zu einer Pause kaum Fragen gestellt habe. Es seien keine Tests durchgeführt, lediglich handschriftliche Notizen gemacht und es seien teilweise suggestive Fragen neben allgemeinen Verständnisfragen gestellt worden (Urk. 1 S. 9 Ziff. 2.5 unten, S. 10 Ziff. 2.7).

???????? Im übrigen überzeuge die Diagnosestellung nicht. So sei eine objektivierbare Befunderhebung mit anerkannten Testinstrumenten wie beispielsweise die Hamilton-Depressionsskala, das Beck-Depressionsinventar oder das Freiburger Persönlichkeitsinventar nicht durchgeführt worden (S. 12 Ziff. 2.8). Auch seien die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht begründet worden und insgesamt sei die Diagnosestellung willkürlich (S. 13 Ziff. 2.8, S. 16 f. Ziff. 2.14). Auch hätte med. pract. A. \_\_\_ für die Beurteilung der Krankheitsanamnese zwingend mit der vorbehandelnden Psychiaterin Kontakt aufnehmen müssen (S. 15 Ziff. 2.12).

7.3???? Dem ist entgegenzuhalten, dass sich eine psychiatrische Begutachtung primär auf die Gespräche und die Wiedergabe der Krankenanamnese stützt. Unklar und widersprüchlich wirkt die Rüge der Beschwerdeführerin, dass zunächst kaum Fragen, dann Verständnisfragen und auch Suggestivfragen gestellt worden seien, ohne derartige konkret zu nennen.

???????? Auch ist erwiesen, dass die von der Beschwerdeführerin vorgeschlagenen Testmethoden, wie zum Beispiel der erwähnte Hamilton-Test, nur beschränkt aussagekräftig sind, da sie sich primär auf die subjektiven Angaben der Testpersonen stützen. Bei den mit der Hamilton-Depressionsskala bewerteten Sachverhalten geht es sodann nicht um objektivierbare klinische Befunde, sondern um anamnestiche Angaben.

???????? Auch ändert der Umstand, dass med. pract. A. \_\_\_ auf das Einholen einer Fremdanamnese verzichtete, nichts an der Verwertbarkeit ihrer Expertise. Zum einen sind bei psychischen Störungen eine Fremdanamnese ebenso wie (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Ärzte zwar häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_482/10 vom 21. September 2010, E. 4.1, mit Hinweisen). Zum anderen befanden sich in den Vorakten bereits diverse psychiatrische Stellungnahmen, auf welche sich med. pract. A. \_\_\_ stützen konnte. Zudem holte sie den IV-Akten nicht beiliegende Berichte der Klinikaufenthalte der Jahre 2001, 2002, 2004 und 2005 ein (vgl. Urk. 8/63 S. 6 Ziff. 2.8-13) und begründete überdies ihre Diagnosestellung detailliert und nachvollziehbar und nahm auch zu den abweichenden Berichten Stellung, weshalb von einer willkürlichen Diagnosestellung nicht die Rede sein kann.

7.4???? Das psychiatrische Gutachten vom 25. Juni 2011 ist demnach für die streitigen Belange umfassend und beruhte auf den notwendigen Untersuchungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich damit detailliert auseinander. Die Expertise leuchtet sodann in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen erscheinen als begründet, weshalb es die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.5) erfüllt.

??????? So begründeten sie eingehend, warum sie die tiefe Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus ihrer Sicht nicht teilten und führten die höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der vorhergehenden Jahre auf die rezidivierende depressive Störung zurück. Anlässlich der Untersuchung Ende Mai 2011 konnten keine Anzeichen, die für eine schizophrenieforme psychotische Störung sprachen, mehr festgestellt werden. Auch wurden Zweifel erhoben, ob eine solche jemals bestanden habe. Ob nun tatsächlich eine schizophrenieforme psychotische Störung vorgelegen hat oder nicht, kann offen bleiben. Denn abschliessend wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit spätestens einem Jahr wesentlich gebessert habe.

??????? Dem pflichtete auch die langjährig behandelnde Psychiaterin Dr. B. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme zum Gutachten im November 2011 (vorstehend E. 5.3) bei. Auch sie berichtete von einer deutlichen Stabilisierung des Zustandes im Laufe des Jahres 2011 und davon, dass die Beschwerdeführerin nun seit 1. Oktober 2011 ihr Arbeitspensum auf 50 % erhöht habe. Sie erluterte auch, dass sie ihre damalige Diagnose auf den Bericht der Klinik E. \_\_\_ gestützt habe, und die Beschwerdeführerin immer wieder mit depressiven Symptomen auf Belastung reagiert habe und betonte, dass eine Arbeitssteigerung ihrer Ansicht nach langsam vorgenommen werden sollte. Bei ihrer geringer ausfallenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist jedoch bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass sie als langjährige behandelnde Psychiaterin eine mit einem Hausarzt vergleichbare Vertrauensstellung innehat und das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass im Hinblick auf die auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten der Patienten ausgesagt wird (vgl. BGE 125 V 352 ff.).

7.5???? Gestützt auf das Gutachten vom 25. Juli 2011 (vorstehend E. 5.2) - welches den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise entspricht (vorstehend E. 1.5) - ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht spätestens seit der Untersuchung im Mai 2011 in ihrer angestammten und in jeder anderen angepassten Tätigkeit zu maximal 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

8.?????

8.1???? Da die Beschwerdeführerin als 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren ist und sich ihre psychischen Beschwerden auf die angestammte und jede angepasste Tätigkeit in gleichem Masse auswirken, ergibt sich der Invaliditätsgrad aus der Einschränkung des noch möglichen Arbeitspensums und ist damit auf 30 % festzusetzen.

8.2???? Gestützt auf das eingeholte psychiatrische Gutachten (vorstehend E. 5.2) ist spätestens ab Zeitpunkt der Begutachtung Ende Mai 2011 von einem verbesserten Gesundheitszustand auszugehen. Demnach bestand bereits ab dem 1. September 2011 (30. Mai 2011 zuzüglich 3 Monate; vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) bei einem Invaliditätsgrad von 30 % grundsätzlich kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr. Die Beschwerdeführerin machte geltend, es sei ihr ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu gewähren (vorstehend E. 2.2). Die Frage des leidensbedingten Abzuges stellt sich jedoch nur, wenn zur Ermittlung des Invaliditätsgrades statistische Durchschnittswerte hinzugezogen werden, was hier nicht der Fall ist.

8.3???? Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit und jede andere angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 70 % ausüben kann,

womit ab 1. September 2011 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr resultiert.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

9. Im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 16. April 2012 zur Beschwerdeantwort stellte die Beschwerdeführerin den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (Urk. 10 S. 2), ohne dies weiter zu begründen. Zu beachten ist, dass der Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung frühzeitig gestellt werden muss. Nur so bleibt der geforderte einfache und rasche Verfahrensablauf gewährleistet. Versäumt eine Partei die rechtzeitige Geltendmachung des Anspruchs auf öffentliche Verhandlung, hat dieser deshalb grundsätzlich als verwirkt zu gelten. Eine erst in einem späteren Prozessstadium angebehrte öffentliche Verhandlung lässt sich mit dem Grundsatz von Treu und Glauben kaum vereinbaren. In diesem Sinne hat es auch das Bundesgericht abgelehnt, einer ausserhalb des ordentlichen Schriftenwechsels erfolgten Antragsstellung Folge zu leisten (vgl. BGE 122 V 47 E. 3). Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Rahmen der Stellungnahme zur Beschwerdeantwort vom 16. April 2012 ist als klar verspätet zu betrachten. Der Antrag wurde sodann mit keinem Wort begründet und es wurden auch keine Ausführungen gemacht, inwiefern eine öffentliche Verhandlung der Rechtsfindung dienlich sein könnte.

Der unbegründete Antrag der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (Urk. 10 S. 2) ist daher abzuweisen.

10. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst:

Der Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung wird abgewiesen. und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Marco Goricki
- 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.