

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00620 vom 25. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00620

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00620 du 25 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00620 del 25 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

Mit Verfügung vom 16. April 1994 (Urk. 8/18) sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, X.____, geboren 1964, bei einem Invaliditätsgrad von 100 %

ab 1. November 1994 eine ganze Invalidenrente zu, welche im August 1999 infolge unbekanntem Aufenthaltes des Versicherten sistiert wurde (Urk. 8/17). Am 27. März 2012 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 8/20). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche (Urk. 8/25; Urk. 8/26) und medizinische (Urk. 8/27-28) Abklärungen und veranlasste eine

psychiatrische Begutachtung des Versicherten (Gutachten vom 27. Oktober 2012; Urk. 8/33). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/35-37; Urk. 8/40) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Mai 2013 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 8/42 = Urk. 2).

E. 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.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art.

E. 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 Vorak ten (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.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 13. Mai 2013 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 6. Juni 2013 Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung des angefochtenen Entscheides und Zusprache einer Rente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. September 2013 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung des angefochtenen Entscheides (Urk. 2) gestützt auf das psychiatrische Gutachten aus, es liege kein psychischer Gesundheitsschaden vor, welcher in Art, Schwere und Dauer eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. Aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer weder in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter noch als Hausmann eingeschränkt, womit von voller Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 2). Von der früher gestellten Diagnose einer Schizophrenie distanzieren sich der Gutachter wie auch der Beschwerdeführer selbst. Auch aus neurologischer Sicht sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Eingliederungsmassnahmen habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 6 S. 2 ff.).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, aus medizinischer Sicht nur 20 % arbeitsfähig zu sein und deshalb Anrecht auf eine Rente zu haben. Es seien weitere Abklärungen notwendig (Urk. 1).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Die Rentenzusprache im Jahr 1996 basierte auf folgender medizinischer Aktenlage: Dr. med. Y.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 20. November 1995 (Urk. 8/4) eine schubweise verlaufende chronische Schizophrenie. In schlechten Zeiten bestehe eine völlige Blockierung mit Rückzug von der Welt und körperlicher Vernachlässigung. Die Krankheit bestehe mindestens seit 1993 und verursache eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit als Student. In den folgenden Jahren bezog der Beschwerdeführer Arbeitslosenentschädigung und war bei verschiedenen Arbeitgebern zeitweise voll erwerbstätig (vgl. IK-Auszug; Urk. 8/13-14). Seit 1. Januar 2007 arbeitet er in einem Pensum von 20 % als Lagermitarbeiter bei der Z.____ (Urk. 8/26). 3.2

Mit Bericht vom 7. Mai 20

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 12

(Urk. 8/27) diagnostizierte Dr. med. A.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ (ICD-10 F60.31). Ein anamnestisch bestehendes Empty- Sella -Syndrom habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Im Vordergrund stünden dissoziative Phänomene, abrupt wechselnde Affektzustände, insbesondere dissoziativ abgespaltene aggressive Impulse, die unvermittelt als Beschimpfungen durchbrechen könnten. Das Denken sei geprägt von Monologisieren und Philosophieren, wirke aber zeitweise verfahren und assoziativ gelockert. Produktiv wahnhaftes Erleben im Sinne von akustischen oder optischen Halluzinationen sei nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer sei affektiv schwingungsfähig, erscheine überwiegend affektiv kühl, misstrauisch und angespannt. Es bestünden Ängste vor Verlassenwerden und eine ausgeprägte Kränkbarkeit bei erlebter Zurückweisung. Eine deutliche Besserung der Symptomatik sei erst im Verlauf einer längeren, intensiven Psychotherapie zu erreichen (Ziff. 1.4). Seit 8. September 2011 erfolge zweimal wöchentlich ambulante Psychotherapie (Ziff. 1.5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Informatiksupporter bestehe seit etwa 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (Ziff. 1.6). Aufgrund der abrupten dissoziativen Zustandswechsel und der Selbstwertproblematik sei der Beschwerdeführer emotional instabil und wenig belastbar. Im zwischenmenschlichen Kontakt sei er unsicher, neige als Reaktion auf Zurückweisung und Kritik zu verbalen Angriffen und abruptem Kontaktabbruch. Seine Konzentrationsfähigkeit und die alltagspraktischen Fähigkeiten seien gering ausgeprägt. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei für etwa zwei Stunden täglich zumutbar (Ziff. 1.7). 3.3

Dr. med. B.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 23. Juni 2012 (Urk. 8/28) ein Empty- Sella -Syndrom (Ziff. 1.1). Angaben zur Arbeitsfähigkeit könne er nicht machen, da sich der Beschwerdeführer erst seit März 2012 in seiner hausärztlichen Sprechstunde befinde (vgl. S.

1 oben). 3.4

Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein Gutachten vom 27. Oktober 2012 (Urk. 8/33) unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und der Befunde und unter Durchführung eigener Untersuchungen und diagnostizierte eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) sowie ein Empty- Sella -Syndrom (S. 11). Der Beschwerdeführer weise eine emotionale Instabilität und ein gewisses depressives Leergefühl auf, aber keine affektiven Störungen von Krankheitswert wie hyperaggressive Impulse, Angst- oder Panikstörungen oder ein eigentliches depressives Syndrom. Selbstbild, Ziele und eigene Interessen blieben diffus und zumindest inkonstant. Schlaf- und Konzentrationsstörungen hätten gemäss der psychiatrischen Untersuchung keinen eindeutigen Krankheitswert. Durch das Leben des Beschwerdeführers zögen sich

emotionale Krisen, Einzelgängertum, Unstetigkeit in den Lebenszielen und beruflichen Tätigkeiten, rasche psychische Überforderung, geringe soziale Kompetenzen, beispielsweise in Bezug auf rigide Arbeitsstrukturen, und infolgedessen mehrfacher Verlust des Arbeitsplatzes und Phasen von Arbeitslosigkeit. Wahrscheinlich habe sich sein psychischer Zustand, wie er selbst sage, seit Jahresfrist gebessert. Heute wirkten sein Verhalten und seine Redeweise realitätsgerecht, wenn auch teilweise etwas eigen willig. Früher möge in stärkerem Mass ein einzelgängerisches Wesen, eine gewisse Weltfremdheit und eine Beschäftigung mit esoterischen und okkulten Inhalten zum Vorschein gekommen sein, was eher den Persönlichkeitszügen einer Schizoidie entsprochen hätte. Stärkere pathologische paranoide Züge wie bei einer paranoiden Persönlichkeitsstörung oder gar psychoseähnliche paranoide Zustände seien aber nicht zu explorieren und gemäss der klinischen Untersuchung heute und wahrscheinlich auch retrospektiv von der Hand zu weisen (S. 11). Anamnestisch würden dissoziative Störungen erwähnt. Sie würden aber nirgends so konkret und praxisrelevant beschrieben, dass man daraus psychiatrisch eigens eine Diagnose stellen könnte. Angedeutete dissoziative Störungen fänden sich allgemein in allen Angst- und psychischen Stresszuständen. Der Beschwerdeführer neige wohl in einem vermehrten Mass dazu aufgrund der emotionalen Instabilität und verminderten psychischen Belastbarkeit sowie seines etwas derealistischen Wesens. Ein relevanter Krankheitswert sei diesen Zuständen jedoch nicht beizumessen. In Erwägung zu ziehen sei ein narcoleptisches Syndrom im weiteren Sinn, wovon jedoch die Hauptstörungen Schlafwandeln und Anfälle von Tagesmüdigkeit fehlten. Bei diesem Syndrom bestehe eine Disposition zu dissoziierten Zuständen vor allem unter psychischem Stress mit wie beim Beschwerdeführer hypnagogen Halluzinationen von Fratzensehen, mit Schlaflähmungen, Depersonalisationen und Derealisationen. Es habe jedoch ebenfalls keinen Krankheitswert (S. 11 unten f.). Der damals behandelnde Psychiater Dr. Y. ___ habe im November 1995 eine chronische Schizophrenie diagnostiziert. Die von ihm beschriebene Symptomatik sei allerdings nicht über den Rahmen der oben beschriebenen Störungen hinausgegangen. Möglicherweise habe Dr. Y. ___ auch nicht eine paranoide Schizophrenie, sondern eine Schizophrenia

simplex gemeint, welche gegenüber schizotypen und anderen Persönlichkeitsstörungen schwer abzugrenzen sei. Der Beschwerdeführer selbst distanzieren sich von der Diagnose einer Schizophrenie. Antipsychotische Medikamente seien auch damals nie zur Diskussion gestanden (S. 12 Mitte). Der häufige Stellenwechsel und die Phasen von Arbeitslosigkeit hingen wahrscheinlich wie der Abbruch des Universitätsstudiums mit psychischen Belastungen aufgrund der Persönlichkeitsstörung zusammen. Dies sei aber nicht mehr genau rekonstruierbar und habe mit Sicherheit keinen versicherungsrelevanten psychischen Krankheitswert gehabt. Die Arbeitsfähigkeit als Hausmann sei bis heute nie durch psychische Störungen relevant eingeschränkt gewesen (S. 12 unten f.). Seit Januar 2007 sei der Beschwerdeführer in einem 20%-Pensum ausser Haus tätig. Diese Tätigkeit sei ebenfalls nie durch psychische Störungen beeinträchtigt worden. Heute wolle er die Erwerbstätigkeit erhöhen, sehe sich aber aus psychischen Gründen dazu nicht in der Lage und führe in erster Linie Konzentrationsstörungen an. Diese würden aber weder klinisch noch anamnestisch ersichtlich. Aus der Untersuchung gingen abgesehen von der beschriebenen Persönlichkeitsstörung keine psychischen Störungen mit Krankheitswert hervor, die relevante Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit hätten. Die klinische Untersuchung habe ordentliche Befunde ergeben. Bei der Exploration gebe der Beschwerdeführer keine konkrete psychopathologische Symptomatik an, vielmehr seien die

Angst- und dissoziativen Störungen mehr oder weniger verschwunden. Auch der behandelnde Psychiater habe keine psychopathologischen Symptome von einem genügenden Schweregrad festgestellt, dass die Konzentrationsfähigkeit relevant beeinträchtigt sein könnte. Er beschreibe die vom Beschwerdeführer geschilderten dissoziierten Zustände nicht konkret und die emotionale Instabilität nicht in einem bedeutsamen psychopathologischen Schweregrad. Seine Einschätzung einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit als Informatiksupporter sei deshalb vor allem in quantitativer Hinsicht nicht genügend begründet (S. 13 Mitte). Aufgrund der aktuellen Untersuchung ergebe sich für heute und die letzte Zeit keine für die IV relevante Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen. Nach der vom Beschwerdeführer subjektiv festgestellten psychischen Stabilisierung in letzter Zeit erscheine die Prognose mittelfristig nicht getrübt. Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung habe sich wahrscheinlich seit jeher bis zu einem gewissen Grad generell erschwerend auf die Erwerbstätigkeit ausgewirkt. In den neunziger Jahren möge der psychische Zustand des Beschwerdeführers schlechter gewesen sein, so dass ihm mehrere Jahre lang eine Rente zugesprochen worden sei. Danach habe er aber auch mehrere Jahre ein volles Arbeitspensum geleistet. Die Tätigkeit als Hausmann sei in psychischer Hinsicht ungetrübt verlaufen. Im Haushaltsbereich bestehe ein uneingeschränktes Belastungsprofil. Für auswärtige Erwerbstätigkeiten seien aus heutiger Sicht über das bis jetzt geleistete 20%-Pensum hinaus ebenfalls keine relevanten psychopathologischen Einschränkungen festzustellen (S. 13 unten f.). 3.5

Dr. med. D.____, Neurologie FMH, stellte mit Bericht vom 13. Juni 2013 (Urk. 8/47) folgende Diagnose (S. 1): - unklare Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis - multiple unspezifische Beschwerden, wahrscheinlich im Rahmen der selben - keine Hinweise für Narkolepsie - bildgebend Empty

Sella, leicht volumengeminderte Hypophyse, kein Mikro- oder Makroadenom - Hypophysenlabor mit LH- und FSH-Verminderung, substituiert Es sei nicht von einer neurologischen Ursache der multiplen unspezifischen Beschwerden auszugehen. Der Neurostatus zeige keine erwähnenswerten Auffälligkeiten; die Anamnese sei für eine Narkolepsie nicht suggestiv. Das Elektroenzephalogramm zeige einen praktisch unauffälligen Befund. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 4.1

Dr. C.____ erstattete sein Gutachten (vorstehend E. 3.4) unter Einhaltung sämtlicher von der Praxis geforderten Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4), weshalb seinem Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zukommt. Dr. C.____ diagnostizierte eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und ein Empty-Sella-Syndrom und legte gestützt auf seine Untersuchungen dar, dass der Beschwerdeführer zwar emotional instabil sei und gewisse depressive Leergefühle empfinde, aber keine affektiven Störungen von Krankheitswert feststellbar seien. Sein Verhalten und seine Redeweise wirkten realitätsgerecht und der Beschwerdeführer sei selbst der Ansicht, dass sich sein psychischer Zustand seit Jahresfrist gebessert habe, was wohl nicht zuletzt auf die von ihm nach Lage der Akten konsequent durchgeführte zweimal wöchentliche Behandlung bei Dr. A.____ zurückzuführen sei. Dr. C.____ hielt fest, dass stärkere pathologische Züge wie bei einer paranoiden Persönlichkeitsstörung oder psychoseähnliche paranoide Zustände nicht festzustellen und wahrscheinlich auch rückblickend nicht vorhanden gewesen seien.

Damit ist fraglich, ob die ursprüngliche Diagnose einer Schizophrenie und die Annahme einer dadurch verursachten vollen Arbeitsunfähigkeit korrekt gewesen war, zumal sich

damit nicht vereinbaren lässt, dass der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug jahrelang in einem substantiellen, wenn nicht sogar vollen Pensum arbeitstätig gewesen war. Dies spricht für die Richtigkeit der Annahme von Dr. C.____, wonach der Beschwerdeführer heute in gebessertem Zustand in einer Erwerbs- und Haushaltstätigkeit als voll arbeitsfähig gilt. Aufgrund seiner Erwerbsbiographie ist zudem anzunehmen, dass der psychische Zustand des Beschwerdeführers und seine Erwerbsfähigkeit von der jeweiligen Arbeitssituation beeinflusst worden sind und nicht - was invalidenversicherungsrechtlich ausschlaggebend ist - die Krankheit die Arbeitssituation beeinflusst hat. Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist somit mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar. Dass die Verwertung der Arbeitsfähigkeit dem Beschwerdeführer sozial-praktisch nicht mehr zumutbar wäre, ist nicht anzunehmen (vgl. vorstehend E. 1.2). 4.2

Dr. C.____ nahm auch Stellung zur Beurteilung durch Dr. A.____ und führte aus, dass dieser keine psychopathologischen Symptome von einem genügenden Schweregrad festgestellt habe, welche die Konzentrationsfähigkeit des Beschwerdeführers relevant beeinträchtigten. Auch werde die emotionale Instabilität nicht in einem bedeutsamen psychopathologischen Schweregrad beschrieben, weshalb die Einschätzung einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Informatikfachmann nicht genügend begründet sei. Dem ist zuzustimmen. Der Beurteilung durch Dr. A.____, wonach der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich für zwei Stunden täglich arbeitsfähig sei (vgl. vorstehend E. 3.2), steht zudem der Umstand entgegen, dass der Beschwerdeführer aktuell in einem Pensum von 20 % , ausgeführt an einem ganzen Arbeitstag , tätig ist und sein Pensum gemäss eigenen Angaben (vgl. Urk. 7/1 S. 3 oben) bis zu 40 % beträgt .

Dr. A.____ nahm zudem keine Stellung dazu, wie der Beschwerdeführer trotz der beschriebenen Beeinträchtigung in den vergangenen Jahren in einem einen Rentenanspruch ausschliessenden Umfang hat arbeiten können. Dies ist möglicherweise auf eine fehlende entsprechende Dokumentation zurückzuführen , setzt den Beweiswert des Berichts von Dr. A.____ jedoch entscheidend herab. 4.3

Bei der Beurteilung des Berichts von Dr. A.____

ist schliesslich der Erfahrungssache Rechnung zu tragen, dass nicht nur allgemeinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E . 3b/cc mit Hinweisen).

Es zeigt sich zudem , dass behandelnde und begutachtende Psychiater, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und - invalidenversicherungsrechtlich entscheidend - deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009).

Vorliegend ist, wie dargelegt, dem Gutachten von Dr. C.____ zu folgen. Nach dem gemäss Dr. D.____ auch aus neurologischer Sicht (vorstehend E.

3.6) keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit besteht, ist von voller Arbeitsfähigkeit in der Erwerbs- und Haushaltstätigkeit auszugehen. Weitere Abklärungen sind nicht vorzunehmen. Damit erweist sich die angefochtene Entscheidung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

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) und auf Fr. 500.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen 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 dem 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Lienhard

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.