

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01239 vom 28. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01239

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01239 du 28 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01239 del 28 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1956 geborene X.____

meldete sich – nach erfolgter invalidenversicherungsrechtlicher Früherfassung (Urk. 7/1) – am 21. Dezember 2013 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/7). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 7/16) und holte einen Bericht bei med. pract . Y.____ , Z.____ , ein (Urk. 7/20). Zusätzlich verlangte sie beim Versicherten die Buchhaltungsabschlüsse der letzten drei Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens und für die Zeit seither sowie die aktuellste Beitragsverfügung der zuständigen Ausgleichskasse ein (Urk. 7/11 ; vgl. auch Urk. 7/12). Mit Vorbescheid vom 18. September 2014 stellte die Verwaltung die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/24). Daran hielt sie mit Verfügung vom 28. Oktober 2014 fest (Urk. 7/27 = Urk. 2), woran auch das gleichentags bei ihr eingegangene, durch med. pract . Y.____

verfasste Einwandschreiben

(Poststempel 27. Oktober 2014 [Urk. 7/26] ; vgl. auch Urk. 7/28-30) nichts mehr änderte.

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]). Sie 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).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der

Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127

V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 24. November 2014 Beschwerde und beantragte sinngemäss, es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen und subeventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1 und S. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 19. Januar 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsverweigerung damit, der psychische Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers beruhe auf psychosozialen Belastungsfaktoren und sei daher nicht von invalidenversicherungsrechtlicher Bedeutung (Urk. 2 und Urk. 6).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, seine schon lange bestehende Gesundheitsstörung müsse als dauerhaft bestehend und nicht überwindbar angesehen werden. Denn es bestehe nicht nur eine vorübergehende Belastungsproblematik, sondern auch eine chronifizierte

Persönlichkeitspathologie mit depressiven Episoden, eine verminderte Frustrationstoleranz und Belastungsfähigkeit sowie eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit samt Antriebsminderung. In seinem Zustand könne er nie und nimmer als Arzt beruflich tätig sein (Urk. 1 S. 2).

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Dres. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und B.____, Fachärztin FMH für Neurologie, berichteten am 25. April 2012, anlässlich ihrer vom Beschwerdeführer veranlassten psychopathologisch-verhaltensneurologischen Abklärung habe sich ein ernster, zurückgenommener, deutlich antriebsgeminderter, umständlicher und ernster Versicherter mit vermindertem Sprechantrieb gezeigt. Gestik, Mimik, Gangbild, Sprechverhalten, Spontanreaktivität, affektive Resonanz- und Modulationsfähigkeit und Grundstimmung würden sich klinisch-phänomenologisch einer mittelschweren gehemmt-depressiven Störung zuordnen lassen. Als neuropsychologische Testbefunde würden sich berufsrelevante Planungsschwierigkeiten, mnestiche Defizite, ein vermindertes konzeptuelles Denken, eine defizitäre Umstellfähigkeit sowie eine relevante Einschränkung der Aufmerksamkeit und Konzentration, die als störungstypische Folgen der affektpathologischen Alteration zu bewerten und aggraviert durch medikamentöse Faktoren seien, finden. Es gebe deutliche Hinweise für ichstrukturelle Persönlichkeitspathologien als habituelle psychische Vulnerabilität mit verminderten Copingressourcen. Aus psychopathologisch-neuropsychologischer Sicht – so die beiden Ärzte weiter – sei der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten Antriebsminderung und der neurokognitiven Inflexibilität mit ausgeprägter Fehleranfälligkeit nicht mehr in der Lage, seine angestammte Tätigkeit als Anästhesist und Intensivmediziner auszuführen. In Notfallsituationen sei es ihm nicht möglich, schnell genug zu reagieren und er sei daher für Notfallsituationen sozial-praktisch und aus forensischen Gründen nicht mehr einsetzbar. Im Rahmen der aktuellen Berufssituation könne sich der Beschwerdeführer seine Arbeit gut einteilen und sei keinen vitalen Notfallsituationen ausgesetzt. Eine Steigerung des Arbeitspensums über das aktuell e 30%ige Leistungspensum hinaus erscheine aus gutachterlicher Sicht aufgrund der objektivierbaren affektpathologischen Defizite, vornehmlich in folge der depressiven Antriebsminderung mit entsprechenden, validierten neuropsychologischen Befunden (qualitativ/quantitativ), nicht als möglich (Urk. 7/6/3-4).

E. 3.2

Nachdem der Beschwerdeführer vom 1. Juli bis am 2. August 2013 in der C.____ hospitalisiert gewesen war, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom

2. August 2013 (Urk. 7/12/1-3) folgende Diagnosen

(S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Suizidversuch am 19. Juni 2013 (ICD-10 X84.9) durch: - Mischintoxikation mit 400 mg Methadon, 2 mg Alprazolam, Alkohol mit respiratorischer Insuffizienz: Intubation, mechanische Ventilation vom 19. – 23. Juni 2013; Atelektase Unterlappen rechts mit Pneumonie Changierende Vigilanzminderung - Belastung aufgrund Scheidungsproblematik (ICD-10 Z64.8) - Akzentuierung auf narzisstische Persönlichkeit (ICD-10 Z73) - Intermittierendes tachykardes Vorhofflimmern, frequenzkontrolliert mit Sotalol 40 mg (ICD-10 I48.10) Sie führten aus, der Klinikeintritt sei freiwillig und selbständig auf Zuweisung durch das Spital D.____ erfolgt. Der Beschwerdeführer habe von verschiedenen Belastungsfaktoren berichtet: laufende und äusserst konfliktreiche Scheidung, finanzielle Schwierigkeiten sowie berufliche Veränderungen. Eine akuteskalierte Konfliktsituation mit der aktuellen Partnerin habe mit den vorbeschriebenen Belastungsfaktoren zusammen zur depressiven Dekompensation mit Intoxikation in suizidaler Absicht geführt (S. 1).

Im Verlauf hätten sich beim Versicherten eine Stabilisierung der Affektlage sowie eine Normalisierung des Schlafverhaltens gezeigt. Psychopharmakologisch sei zudem ein Behandlungsversuch mit Bupropion

retard bis 150 mg durchgeführt worden, was neben der antidepressiven Wirkung auch die Rauchentwöhnung des Versicherten unterstützen sollte. Psychotherapeutisch seien in Einzelgesprächen insbesondere die narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierungen psychoedukativ besprochen und Assoziationen zu Verhaltensmustern im Rahmen von Kränkungen erörtert worden. Zudem habe der Versicherte

nach ausreichender Stabilisierung an der schematherapeutischen Gruppenbehandlung teilgenommen. Der Umgang mit Emotionen werde als für die nachfolgende therapeutische Behandlung als zentral angesehen (S. 2).

E. 3.3

Med. pract. Y.____ nannte am 4. April 2014 (Urk. 7/20/2-6) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Suizidversuch am 19. Juni 2013 (ICD-10 X84.9) - Belastung aufgrund Scheidungsproblematik (ICD-10 Z64.8) - Akzentuierung auf narzisstische Persönlichkeit (ICD-10 Z73) - Intermittierendes tachykardes Vorhofflimmern (ICD-10 I48.10)

Seinem Bericht kann entnommen werden, dass im Vordergrund die Behandlung der depressiven Symptomatik und der krankheitsaufrechterhaltenden Akzentuierung der Persönlichkeit steht. Inhalt dieser sei auch die Entwicklung von Copingstrategien für den Umgang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Entwicklung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers hängt massgeblich von den psychosozialen Belastungsfaktoren ab (S. 2). Aktuell bestehe für Tätigkeiten aller Art eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, da es rasch zu Überforderungssituationen komme (S. 3).

E. 3.4

Der nämlich e Arzt gab in dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 18. November 2014 mit Ausnahme einer neu diagnostizierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) anstelle der Akzentuierung auf narzisstische Persönlichkeit (ICD-10 Z73) die gleichen Diagnosen wie im Bericht vom 4. April 2014 an. Er berichtete, der Beschwerdeführer zeige auf Grund der chronifizierten Persönlichkeitspathologie eine nur begrenzt mögliche

Reflexionsfähigkeit im Hinblick auf eine Veränderung des persönlichen Verhaltens und dem Erlernen von neuen Strategien zur Krankheitsbewältigung. Die Persönlichkeitspathologie sei krankheitsauslösend und krankheitsaufrechterhaltend hinsichtlich der depressiven Episode und der damit verbundenen verminderten Frustrationstoleranz, Belastungsfähigkeit, eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit (Merkfähigkeit, Konzentrations- sowie Aufmerksamkeitsstörung) und Antriebsminderung. Beim Beschwerdeführer sei es zu mehrfachen depressiven Episoden gekommen, die auch durch antidepressive Therapien nur insuffizient hätten behandelt werden können. Durch die langfristig bestehende depressive Symptomatik, nachweislich seit 2008, mit eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit und vermindertem Antrieb sowie Suizidgedanken mit einmalige m

Suizidversuch sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Ein Überwinden der Erkrankung, trotz medikamentöser antidepressiver Therapie, bei krankheitsfördernder und –aufrechterhaltender Persönlichkeitspathologie sei nicht möglich. Bereits im Gutachten der Dres. A.____ und B.____ werde von einer nicht über die maximale Arbeitsfähigkeit von 30 % steigungsfähigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Die Einschränkung müsse im Hinblick auf die lange Dauer des Bestehens trotz suffizienter leitliniengerechten Behandlung als dauerhaft bestehend und als nicht überwindbar angesehen werden (Urk. 3/2).

E. 4.1

Aus den medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet. Eine über diese bestehende narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8), die vom behandelnden Psychiater am 18. November 2014 diagnostiziert wurde (Urk. 3/2), ist hingegen nicht nachvollziehbar. Denn die betreffende Diagnose geht aus den geschilderten Befunden nicht hervor (vgl. hierzu auch Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Auflage, Bern 2014, S. 283) und es bleibt deshalb unklar, worauf die besagte Diagnose abgestützt ist. In diesem Zusammenhang fällt zudem auf, dass von med. pract. Y.____ erstmals in dem nach Verfügungserlass erstatteten Bericht die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung

gestellt wurde, während zuvor – so auch im Austrittsbericht der C.____ vom 22. August 2013 (Urk. 7/12/1-3 S. 1) – die Rede von einer Akzentuierung auf narzisstische Persönlichkeit (ICD-10 Z73) gewesen war. Diese Änderung der Diagnose erfolgte dabei ohne entsprechende Begründung und ohne Hinweis auf eine zwischenzeitlich eingetretene – durch objektive Befunde ausgewiesene – relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands. Auch vor dem Hintergrund, dass Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen (Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 274) und nicht ersichtlich ist, dass der Beschwerdeführer zu dieser Zeit unter spezifischen Beeinträchtigungen gelitten hat, überzeugt die gestellte Diagnose wenig (vgl. hierzu auch

Urteil des Bundesgerichts 9C_519/2014 vom 14. Oktober 2015

E. 5.3) . Auch in der Folgezeit sind keine schwerwiegenden traumatischen Begebenheiten im Leben des Beschwerdeführers aktenkundig. Er absolvierte vielmehr ein medizinisches Studium , erlangte den Facharztstitel in Anästhesiologie und Intensivmedizin (Urk. 7/6/5-6 und www.medregom.admin.ch

) und hat jahrelang an verschiedenen Stellen –

wohl

vollzeitlich – gearbeitet (Urk. 7/16).

E. 4.2

Was die von med. pract . Y. ___ anfänglich und von den Ärzten der C. ___ nach stationärem Aufenthalt des Beschwerdeführers unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73 aufgeführte Akzentuierung auf narzisstische Persönlichkeit betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Z-Kodierungen um keine invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen handelt, weshalb sie als Anspruchsgrundlage für Leistungen der IV von vornherein ausser Betracht fallen (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.3

Hinsichtlich der depressiven Symptomatik steht aufgrund der aktenkundigen Arztberichte fest, dass das Beschwerdebild mit ungünstigen psychosozialen Faktoren

zu erklären ist. Zu erwähnen sind dabei namentlich die äusserst konfliktreiche Scheidung, die finanziellen Schwierigkeiten und die berufliche Veränderung (Urk. 7/12/1-3 S. 1 und Urk.

7/20/2-6 S. 1) , was von den Ärzten in der Diagnoseliste als Belastung aufgrund der Scheidungsproblematik (ICD-10 Z64.8) gefasst wurde . In Einklang damit gab med. pract . Y. ___ in seinem Bericht vom 4. April 2014 , worin er die Arbeitsunfähigkeit einzig auf die depressive Symptomatik zurückführte,

an, die Entwicklung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers hängt massgeblich von den psychosozialen Belastungsfaktoren ab (Urk. 7/20/2-6 S. 2). Soweit der nämliche Arzt in seiner Beurteilung vom 18. November 2014 dann auf eine fehlende Überwindbarkeit der depressiven Erkrankung trotz medikamentöser antidepressiver Therapie hinweist (Urk. 3/2 S. 2) , ist ihm entgegenzuhalten, dass aufgrund der Akten nicht von einer konsequenten Depressionstherapie, die auf eine Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Möglichkeiten und damit auf eine Resistenz des Leidens schliessen liesse, ausgegangen werden kann (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.3). So hielt der behandelnde Psychiater einen erneuten Klinikaufenthalt für notwendig, der vom Beschwerdeführer jedoch abgelehnt wurde (Urk. 7/22 S. 3). Vor dem Hintergrund, dass sich aus dem Bericht vom 4. April 2014 ergibt, dass der Versicherte zuletzt am 19. März 2014 med. pract . Y. ___ aufgesucht hatte (Urk. 7/20/2-6 S. 1), ist zudem fraglich, ob die Psychotherapie genügend engmaschig durchgeführt wird.

Dass die psychischen Probleme durch invaliditätsfremde Faktoren bestimmt sind, wird sodann durch die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben bestätigt. So berichtete er wiederholt von einer durch das belastende Scheidungsverfahren ausgelösten schwierigen

familiären und finanziellen Situation (Urk. 7/3 S. 3 und Urk. 7/ 5; vgl. auch Urk. 7/ 18 und Urk. 7/ 22) und setzte die Depression gleich selbst in Zusammenhang mit der psychosozialen Problematik (Urk. 7/7

S. 5).

E. 4.4

Anhaltspunkte für ein unabhängig von den mit ungünstigen psychosozialen Gegebenheiten zu erklärenden Episoden bestehendes (erhebliches) depressives Grundleiden gibt es keine. In den Akten finden sich keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer nach seiner ersten Hospitalisation in der C.____

im Mai 2000 (vgl. Urk. 7/12/ 1-3 S. 2) seine volle Arbeitsfähigkeit nicht wie der erlangt hätte. Der acht Jahre später

vom 8. Oktober bis am 26. November 2008 in der E.____ statt gehabte

stationäre Aufenthalt (vgl. Urk. 7/12/1-3 S. 2) war sodann auf durch

die berufliche Veränderung verursachte erhebliche Schwierigkeiten – mithin wiederum auf ungünstige Lebensumstände – zurückzuführen (Urk. 7/5 S.

E. 4.5

Da ein klinisches Beschwerdebild, das (einzig) von belastenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren herrührt, rechtsprechungsgemäss nicht als invalidenversicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung zu verstehen ist, vermag die psychische Störung des Beschwerdeführers keinen Leistungsanspruch zu begründen (E. 1.3 hievori; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2). Von den beantragten weiteren medizinischen Abklärungen sind keine massgeblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 5

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
GräubLocher

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