

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00291 vom 26. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00291](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00291)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00291 du 26 juillet 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00291 del 26 luglio 2018

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1973, war von 1998 bis 2012 zu 100 % als Maler bei der A.\_\_\_\_ angestellt, als ihm sein Arbeitsverhältnis am 27. Januar 2012 per Ende Mai 2012 infolge Auflösung des Malerbetriebs gekündigt wurde (Urk. 9/1/1 und Urk. 9/9). Kurz darauf schrieb ihn die B.\_\_\_\_ ab 10. Februar 2012 wegen Rücken- und Kniebeschwerden sowie Depressionen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/1/1, Urk. 9/19/5). Unter Hinweis auf eine mittelschwere Depression, Probleme wegen einer Diskushernie seit August 2011 und Knieschmerzen meldete er sich am 3. April 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/4/6-7, Urk. 9/1/2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Sie holte einen IK-Auszug (Urk. 9/6) ein, liess einen Arbeitgeberfragebogen ausfüllen (Urk. 9/8)

und zog verschiedene Arztberichte bei, unter anderem Berichte der B.\_\_\_\_ (Urk. 9/15), der Vertrauensärztin der Pensionskasse C.\_\_\_\_ (Urk. 9/13) und des D.\_\_\_\_ (Urk. 9/20). Ferner besorgte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (Urk. 9/19/1-11). In Folge liess sie über die E.\_\_\_\_ zuerst ein Belastbarkeitstraining vom 7. Januar bis 6. April 2013 (Urk. 9/35, Urk. 9/43) und dann ein Aufbaustraining durchführen, das vom 7. April bis am 6. Oktober 2013 (Urk. 9/45, Urk. 9/51-52) dauern sollte. Am 24. Juni 2013 brach X.\_\_\_\_ das Aufbaustraining aus psychischen Gründen ab. Daraufhin schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen am 19. Juli 2013 ab und veranlasste eine Rentenprüfung (Urk. 9/52-53). Sie holte bei den bereits erwähnten medizinischen Institutionen weitere Berichte ein (B.\_\_\_\_ [Urk. 9/55, Urk. 9/63], Vertrauensärztin der Pensionskasse C.\_\_\_\_ [Urk. 9/58, Urk. 9/76], D.\_\_\_\_ [Urk. 9/54]) und besorgte einen gemeinschaftlichen Bericht des behandelnden Internisten und der behandelnden Fachpsychologin (Urk. 9/67). Am 9. Oktober 2015 liess die IV-Stelle den Versicherten vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) fachärztlich psychiatrisch und orthopädisch untersuchen (RAD-Untersuchungsberichte vom 16. November 2015 [Urk. 9/81, Urk. 9/82]).

Gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere den interdisziplinären Konsens der RAD-Untersuchungsärzte vom 16. November 2015

(Urk. 9/83/9), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. November 2015 (Urk. 9/85) die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht.

Dagegen liess

der Versicherte, vertreten durch Frau Z.\_\_\_\_ von der Y.\_\_\_\_, am 5. Januar 2016 innert erstreckter Frist Einwand (Urk. 9/86; Urk. 9/89) erheben. Mit Einwandergänzung vom 1. Februar 2016 (Urk. 9/93) liess er eine ausführliche Stellungnahme zum versicherungspsychiatrischen Untersuchungsbericht des RAD-Arztes med. pract. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. November 2015 (Urk. 9/81) einreichen, welche die behandelnde Fachpsychologin lic. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, und die Psychiaterin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 25. Januar 2016 erstellt hatten (Urk. 9/92). Mit Verfügung vom 8. Februar 2016 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf Invalidenrente wie angekündigt (Urk. 2 = Urk. 9/97).

### **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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C\_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 1 .

## **E. 2**

Hiergegen liess X.\_\_\_\_ am 3. März 2016 Beschwerde führen mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 8. Februar 2016 sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2016 (Urk. 8) ersuchte die IV-Stelle innert erstreckter Frist

um Abweisung der Beschwerde, was dem Versicherten am 25. Mai 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

Am 8. Januar 2018 gewährte das Gericht den Parteien das rechtliche Gehör, damit diese sich zur Rechtsprechungsänderung betreffend psychische Erkrankungen (BGE 143 V 409 und 143 V 418) äussern konnten (Urk. 11). Die IV-Stelle nahm mit Eingabe vom 22. Januar 2018 Stellung (Urk. 13). Hierauf liess der Versicherte innert erstreckter Frist am 19. März 2018 eine Stellungnahme einreichen und ausserdem die unentgeltliche Prozessführung beantragen (Urk. 17). Nach getätigten Abklärungen betreffend finanzielle Bedürftigkeit (Urk. 19, Urk. 21) bewilligte das Gericht dem Versicherten am 10. April 2018 die unentgeltliche Prozessführung (Urk. 22). Zudem brachte es der IV-Stelle die Stellungnahme des Versicherten vom 19. März 2018 zur Kenntnis (vgl. Urk. 22).

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

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die RAD-Untersuchungsberichte vom 16. November 2015 auf den Standpunkt, dass aus

psychiatrischer und chirurgisch-orthopädischer Sicht kein Gesundheitsschaden bestehe, welcher die Arbeitsfähigkeit längerfristig einschränke. Ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung sei somit nicht gegeben (Urk. 2).

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber im Wesentlichen geltend machen, es dürfe nicht auf den psychiatrischen RAD-Untersuchungsbericht vom 16. November 2015 abgestellt werden. Aus den verschiedenen Berichten der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der E.\_\_\_\_ sei ersichtlich, dass er durch seine psychischen Störungen in der Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Es seien sich bis auf den RAD alle behandelnden Ärzte einig, dass er im ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es sei ihm daher eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1). 3.

### 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich anhand der Aktenlage zusammengefasst im Wesentlichen wie folgt dar:

Am 10. Februar 2012 trat der Beschwerdeführer im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung, innerer Unruhe und Suizidgedanken, die sich nach der Kündigung seiner Arbeitsstelle

ergeben hatten, in die B.\_\_\_\_ ein (Austrittsbericht vom 26. März 2012; Urk. 9/15/1). Dort hielt er sich bis zum 19. März 2012 auf. In dieser Zeit wurden am 28. Februar, am 8. März und am 19. März 2012 neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt (Urk. 9/15/2). Darin wurden vordergründig Defizite des Gedächtnisses beziehungsweise des Lernens und der exekutiven Funktionen (Arbeitsgedächtnis, geteilte Aufmerksamkeit, spontane verbale Flexibilität) festgestellt. Die Aufmerksamkeitsleistung sei je nach Aufgabe normal oder unter durchschnittlich. Weitere Funktionen hätten sich unauffällig präsentiert. Der Beschwerdeführer erziele einen klinisch knapp relevanten Beck-Depressions-Inventars-Wert (BDI-Wert) von 18 Punkten, was einer milden Depression entspreche. Die Depression sei aber zu wenig ausgeprägt, um die Defizite erklären zu können. Die neuropsychologischen Befunde würden auf eine frühkindliche zerebrale Entwicklungsschwäche hindeuten. Mit grosser Wahrscheinlichkeit habe der Beschwerdeführer ein prämorbid tiefes Leistungsprofil mit einer Aufmerksamkeits- und Leistungsschwäche. Nach Verlust seiner sicheren und geschützten Umgebung bei der Arbeit habe dies zu einer Dekompensation geführt (Urk. 9/15/2). 3.2

Am 27. April 2012 (Urk. 9/7) stellte Dr. I.\_\_\_\_, Fachchiropraktiker und Gutachter der J.\_\_\_\_, in somatischer Hinsicht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Syndrom mit Diskushernie L5/S1 seit August 2011 fest (Urk. 9/7/1). Der Beschwerdeführer sei vom 12. August bis 30. September 2011 zu 100 % und vom 1. bis 15. Oktober 2011 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/7/2). Durch die chiropraktischen Massnahmen und die Physiotherapie sei er Ende 2011 beschwerdefrei gewesen (Urk. 9/7/1). 3.3

Dr. med. K.\_\_\_\_, Vertrauensärztin

der Pensionskasse C.\_\_\_\_ und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte am 14. Mai 2012 (Urk. 9/13) die Diagnosen einer Agoraphobie (ICD-10 F40.0) und einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) mit massivem Meidungsverhalten und sozialer Isolation, die differentialdiagnostisch im Rahmen einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10

F60.6) oder einer Angststörung (ICD-10 F40.1/F40.0) zu stellen seien. Weiter listete sie einen Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ICD-10 F90.0) und die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auf. Die Diagnosen bestünden seit der Kindheit, eine akute depressive Symptomatik sei seit 2011 zunehmend (Urk. 9/13/2). Klinisch zeige sich als für die Arbeitsunfähigkeit relevante Hauptdiagnose eine invalidisierende Angstproblematik, wahrscheinlich im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung, und die Verdachtsdiagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) oder einer anderen frühkindlichen zerebralen Entwicklungsschwäche (gemäss neuropsychologischer Abklärung der B.\_\_\_\_ [vgl. Urk. 9/15/2]) als Grunderkrankung (Urk. 9/13/2). Die Prognose in der angestammten Tätigkeit sei ungünstig und es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/13/8). Die Arbeitsfähigkeit sei vorher nur wegen des Nischenarbeitsplatzes möglich gewesen. In einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Hektik und mit stabilen Beziehungen im Mitarbeiterteam schätze sie den Beschwerdeführer als voll arbeitsfähig ein (Urk. 9/13/6). 3.4

Im Bericht vom 11. Juni 2012 erhob Dr. L.\_\_\_\_ im Wesentlichen die Diagnosen chronische Knie- und Leistenschmerzen linksbetont, nachdem er den Beschwerdeführer vom 10. bis 25. April 2012 behandelt hatte. Er habe von on-off Schmerzen in beiden Knien berichtet, die seit Jahren (circa seit 2005) bestehen würden. Ausserdem habe er beim Gehen Schmerzen in der Leiste. Im ärztlichen Befund habe lediglich eine Einschränkung der Inklination der Lendenwirbelsäule festgestellt werden können. Die LWS sei vermindert belastbar (schwere Lasten, häufiges Bücken). Dasselbe gelte für die Knie (Knien, lange Kauerstellung). Bestimmend für die Arbeitsfähigkeit sei jedoch die psychische Erkrankung (Urk. 9/16). 3.5

Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt am D.\_\_\_\_, äusserte im Bericht vom 4. Juli 2012 (Urk. 9/20) den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung und erhob ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Der Verlust der Arbeitsstelle habe den Beschwerdeführer aus der Bahn geworfen; er sei unkonzentriert, im sozialen Kontakt blockiert. Er leide unter Schlafstörungen, an Soziophobie, Überforderung und Antriebsmangel. In der angestammten Tätigkeit als Maler bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, und auch eine angepasste Tätigkeit sei zurzeit nicht möglich. Er müsse wieder lernen, unter Menschen zu gehen und brauche eine ruhige Umgebung ohne Überforderung.

Gestützt darauf leitete die IV-Stelle das Belastbarkeits- und anschliessend das Aufbautraining ein, das im Juni 2013 aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden musste (Urk. 9/53). 3.6

Der Arztbericht der B.\_\_\_\_ vom 9. September 2013 (Urk. 9/55) erging nach dem zweiten stationären Aufenthalt, der vom 25. Juni bis 11. Juli 2013 gedauert hatte. Darin bestätigte Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt und Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer mittelgradigen rezidivierenden Depression (ICD-10 F33.1) und einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0). Der Beschwerdeführer sei aktuell zu 100% arbeitsunfähig. Bei erfolgreicher Weiterführung der tagesklinischen Behandlung wäre die schrittweise Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als Maler möglich; allerdings sei die allgemeine Belastbarkeit aufgrund der Depression reduziert, und eine Zunahme der Belastung würde zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik führen (Urk. 9/55/4). 3.7

Am 26. Februar 2014 (Urk. 9/57) erstellte die B.\_\_\_\_ nach dem dritten stationären Aufenthalt vom 22. Januar bis 21. Februar 2014 einen weiteren Bericht. Während der Hospitalisation waren am 29. Januar eine neuropsychologische (Urk. 9/75/5-8) und am 12. und 18. Februar 2014 eine psychodiagnostische Untersuchung (Urk. 9/75/1-4) gemacht worden. Dr. H.\_\_\_\_ erwähnte im zusammenfassenden Bericht (Urk. 9/57) nebst den bisherigen psychischen Diagnosen einer rezidivierenden mittelgradigen Depression (ICD-10 F33.1), einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) und einer ADHS (ICD-10 F90.0) neu die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1), die wahrscheinlich seit der Kindheit bestehe.

Als ärztlichen Befund hielt er im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer habe Angst vor negativer Bewertung. Er sei der Überzeugung, dass sein eigenes Verhalten negativ bewertet werde. Aus diesem Grund vermeide er Situationen, wo er sich beurteilt fühle. Er habe auch leichte Beziehungsideen (Passagiere im Tram bzw. Autolenker würden ihn beobachten, ihn auslachen oder komisch anschauen). Vom 12. Juli 2013 bis heute (26. Februar 2014) und anamnestisch seit Februar 2012 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Maler zu attestieren (Urk. 9/57/4). Die bisherige Tätigkeit sei nun auch aus seiner medizinischen Sicht nicht mehr zumutbar, zumal geistige (mittelgradige Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, Gedankenkreisen, Neigung zum Grübeln), psychische (niedergedrückte Stimmung, Ängste, Vermeidungstendenzen) und körperliche (Rückenschmerzen) Einschränkungen bestünden. In einer leidensangepassten Tätigkeit seien wegen der Rückenbeschwerden und der verminderten psychischen Belastbarkeit nur Arbeiten mit geringer körperlicher Belastbarkeit und niedrigem Arbeitspensum möglich (Urk. 9/57/5). 3.8

Dr. K.\_\_\_\_ von der Pensionskasse C.\_\_\_\_ nannte am 27. April 2014 (Urk. 9/58) in ihrem Bericht dieselben psychischen Diagnosen wie Dr. B. H.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 9/57). Der Beschwerdeführer wirke jedoch gegen über 2012 etwas weniger ängstlich, etwas aufgehellter und im Kontakt etwas aufgeschlossener. Die depressive Symptomatik wirke reduziert (Urk. 9/58/4). Es liege in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor und mit deren Wiederaufnahme sei nicht zu rechnen (Urk. 9/58/9). Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit sei vorübergehend bis langfristig von einer Erwerbsunfähigkeit auszugehen (Urk. 9/58/10). 3.9

Im Bericht der B.\_\_\_\_ vom 20. November 2014 (Urk. 9/63) attestierte Dr. H.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Maler. Einschränkend wirkten sich die Antriebshemmung, die Reduktion der Belastbarkeit, die Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit, die schnelle Ermüdbarkeit, die Ängste und die soziophobischen Züge aus. Mit der Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit könne nicht gerechnet werden, eine IV-gestützte berufliche Integration sollte indes möglich sein. 3.10

Am 4. Februar 2015 stellten Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, und die behandelnde Psychologin lic. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, in einem gemeinschaftlichen Bericht (Urk. 9/67) ebenfalls die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, sozialer Phobien, einer PTBS und einer ADS, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (Urk. 9/58). Der Beschwerdeführer sei in seinem angestammten Beruf aufgrund der körperlichen und psychischen Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jedoch verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Seine Leistungsfähigkeit

sei aufgrund psychischer Beeinträchtigungen (soziale Phobie, ADHS) zurzeit zu 100 % eingeschränkt (Urk. 9/67/2). 3.11

Dr. I.\_\_\_\_

bestätigte im Arztbericht vom 19. Februar 2015 (Urk. 9/69) die Diagnose eines lumbovertebralen Syndroms mit Diskushernie L5/S1 seit August 2011, welche er bereits am 27. April 2012 (Urk. 9/7) gestellt hatte. Im März 2013 und im März 2014 sei es zu einem Rezidiv mit lokalem lumbovertebralem Syndrom ohne Anzeichen einer Diskushernie gekommen. Im April 2014 habe die letzte Behandlung stattgefunden, wobei der Beschwerdeführer zu dieser Zeit beschwerdearm gewesen sei (Urk. 9/69/1). 3.12

Im Arztbericht vom 26. Mai 2015 (Urk. 9/76) bestätigte Dr. K.\_\_\_\_ im Wesentlichen die Diagnosen ihres letzten Berichts (Urk. 9/58). Unter den objektiven Befunden beschrieb Dr. K.\_\_\_\_ einen deutlich ängstlichen und depressiven Exploranden, der im Kontakt gehemmt, verhalten, schüchtern und unsicher sei. Der Redefluss sei stark verlangsamt. Er wirke insgesamt überfordert, verloren und hilflos. Die sozialen Ängste und das Meideverhalten hätten sich eher wieder verstärkt (Urk. 9/76/4). Unter dem psychopathologischen Befund hielt die Psychiaterin weiter eine Verminderung von Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis fest. Das formale Denken sei zerfahren, sprunghaft, vorbeiantwortend, den Faden verlierend. Inhaltlich sei der Beschwerdeführer problem- und beschwerdezentriert. Im Affekt sei er niedergeschlagen, bedrückt, rat- und perspektivenlos, ängstlich-unsicher, pessimistisch, nicht schwingungsfähig, nicht auslenkbar. Ein affektiver Rapport sei knapp möglich (Urk. 9/76/4). Er sei bis Ende Dezember 2014 in tagesklinischer Behandlung gewesen, sei seit her jedoch ohne Tagesstruktur (Urk. 9/76/3). Es liege in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor und mit deren Wiederaufnahme sei nicht zu rechnen (Urk. 9/76/8). In einer leidensangepassten Tätigkeit sei nicht mehr nur von einer vorübergehenden bis langfristigen (Urk. 9/58), sondern von einer dauernden Erwerbsunfähigkeit auszugehen (Urk. 9/76/9). Die Prognose sei ungünstig, weil erstens eine komplexe psychische Erkrankung vorliege, die chronifiziert sei und bei der durch stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen kaum Fortschritte erzielt worden seien. Zweitens sei der Verlauf bisher therapeutisch kaum zu beeinflussen gewesen. Drittens wirke sich eine Ich-Schwäche, eine geringe Selbständigkeit und eine Hilflosigkeit ohne Führung negativ aus (Urk. 9/76/5). 3.13

Im psychiatrischen RAD-Untersuchungsbericht vom 16. November 2015 (Urk. 9/81) nannte med. pract. F.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/81/8). Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er hingegen die bisher bekannten Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0), einer Agoraphobie (ICD-10 F40.0), einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1), eines Zustands nach gegenwärtig remittierter rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.4) und eine Lernschwäche (ICD-10 F81.9).

Unter dem Titel psychopathologischer Befund schilderte der RAD-Psychiater den Beschwerdeführer als eine Person mit flüssigem und zusammenhängendem Gedankengang, bei der keine inhaltlichen Denkstörungen feststellbar seien. Er sei affektiv schwingungsfähig und habe auch gelacht. Es bestehe kein Anhalt für Herabgestimmtheit. Mimik, Gestik und Antrieb seien unauffällig. Er sei über die gesamte 140minütige

Untersuchungszeit aufmerksam und konzentriert gewesen (Urk. 9/81/4).

Weiter führte der RAD-Psychiater unter dem Titel Tagesablauf aus, dass sich der Beschwerdeführer um die beiden Katzen kümmere und die Haushaltarbeiten besorge (Geschirrspüler räumen, putzen, staubsaugen, glätten). Abends koche abwechselnd der Beschwerdeführer oder seine Partnerin. Zudem bringe er seine Freundin zur Arbeit und hole sie wieder ab (Urk. 9/81/2).

Der Beschwerdeführer zeige sich als eine Persönlichkeit, die trotz übler Kindheitserfahrungen und einer Lernbehinderung eine Malerlehre geschafft und vier Jahre an derselben ruhigen Arbeitsstelle gearbeitet habe, bis er im Mai 2012 diese Stelle verloren habe. Es sei gut nachvollziehbar, dass diese psychosoziale Belastung ihn psychisch sehr getroffen habe. Inzwischen habe er aber erfreuliche Fortschritte gemacht: Er wohne nun erstmals mit einer Partnerin zusammen (Urk. 9/81/7).

Zur wiederholt diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung meinte der RAD-Psychiater, dass die kindlichen Belastungen zwar unbestritten seien. Sie hätten aber nicht zur Arbeitsunfähigkeit geführt. Vielleicht werde sich der Beschwerdeführer schwertun, mit seinem langsamen Arbeitstempo wieder eine neue Arbeitsstelle zu finden. Aber aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei keine gravierende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erkennbar. Deshalb betrage die Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf jegliche Tätigkeiten 0 % (Urk. 9/81/8). 3.14

Im orthopädisch-chirurgischen RAD-Untersuchungsbericht vom 16. November 2015 (Urk. 9/82) stellte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/82/6). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine chronische, in der Intensität wechselnde Lumbalgie rechtsbetont bei anamnestisch bekannter Bandscheibenprotrusion L5/S1 und muskulärer Verspannung, eine chronische muskuläre Verspannung im Schultergürtelbereich, eine Dekonditionierung und anamnestisch einen Zustand nach Morbus-Osgood Schlatter links (Urk. 9/82/6). Es sei kein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Maler und Hauswirtsgehilfe beeinträchtigen würde. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, da es sich hierbei um eine in der Regel maximal mittelschwere Arbeit handle. Auch für andere, körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern es sich dabei nicht um Tätigkeiten in ständig vornüber gebeugter oder verdrehter Zwangshaltung des Rumpfes handle oder um solche in Verbindung mit Heben und Tragen von Lasten mit mehr als maximal 20 kg Gewicht (Urk. 9/82/6). 3.15

Im ärztlichen Bericht vom 25. Januar 2016 (Urk. 9/92) bekräftigen Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Fachpsychologin G.\_\_\_\_, dass sich die Diagnosen ADHS (ICD-10 F90.0), soziale Phobie (ICD-10 F40.1), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und mittelgradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (Urk. 9/92/1-3). Bezüglich Arbeitsfähigkeit erklärten sie, in der bisherigen Arbeit habe der Beschwerdeführer eine Art Nischenarbeitsplatz gehabt, in dem er lange habe funktionieren können. Nun sei ihm mangels genügender psychischer und physischer Belastbarkeit und Stabilität der angestammte Beruf nicht mehr zu empfehlen. Eine angepasste Tätigkeit sollte in einem

geschützten Rahmen stattfinden, in dem nicht ein zu hohes Arbeitstempo gefordert werde und er sich zurückziehen könne. Es sei vorstellbar, dass er so eine Tätigkeit zu circa 40 % (eventuell mit späterer Steigerung) bewältigen könne (Urk. 9/92/4). 4.

Der Beschwerdeführer meldete sich am 3. April 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/4/7). Da er ab dem 10. Februar 2012 arbeitsunfähig geschrieben war (Urk. 9/19/5) und in Beachtung von Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG konnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens nach Abbruch der beruflichen Massnahmen im Juni 2013 (Urk. 9/53) entstanden sein. Die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers und die daraus resultierende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sind daher für den Zeitraum von Februar 2012 (Beginn der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 8. Februar 2016 (Urk. 2) zu prüfen.

#### **E. 4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.

#### **E. 5**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

#### **E. 5.1**

In somatischer Hinsicht steht fest, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen an einem lumbovertebralen Syndrom mit Diskushernie L5/S1 leidet, das behandelt werden konnte und aus dem in einem angepassten Belastungsprofil keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (vgl. Urk. 9/7/1, 9/69/1 und 9/82/6). Dies ist anhand der Ergebnisse der orthopädischen RAD-Untersuchung vom 9. Oktober 2015 (Urk. 9/82), die im Einklang mit den Ausführungen des Chiropraktikers Dr. I.\_\_\_\_ vom 27. April 2012 und vom 19. Februar 2015 (Urk. 9/7, Urk. 9/69) stehen, schlüssig und nachvollziehbar dargetan und wird auch nicht bestritten (vgl. Urk. 1). Weiterungen hierzu erübrigen sich daher.

Auch was die chronischen Knie- und Leistenschmerzen betrifft, die im Bericht von Dr. L. \_\_\_ vom 11. Juni 2012 festgehalten wurden, ergibt sich daraus keine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich nicht belastenden Tätigkeit. Laut Dr. L. \_\_\_ war die psychische Erkrankung massgebend für die Arbeitsunfähigkeit, während die körperlichen Beeinträchtigungen in einem angepassten Belastungsprofil berücksichtigt werden könnten (Urk. 9/16/2-3). Anlässlich der orthopädischen RAD-Untersuchung gab der Beschwerdeführer ausdrücklich an, er habe keine Knieschmerzen mehr (Urk. 9/82/1). Da der RAD-Bericht von Dr. N. \_\_\_ sämtliche von der Rechtsprechung verlangten Voraussetzungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a) erfüllt, inhaltlich überzeugt und mit den übrigen Akten übereinstimmt, ist darauf abzustellen und aus somatischer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Maler und Hauswartsgehilfe als auch in jeder anderen den Rückenbeschwerden angepassten Tätigkeit auszugehen.

## **E. 5.2**

Betreffend die psychische Seite des Gesundheitszustandes ergibt sich aus den Akten zusammengefasst, dass der Beschwerdeführer eine Lernschwäche und seit den sexuellen Übergriffen in der Kindheit soziale Phobien mit Meideverhalten aufweist. Trotzdem hielt er sich an der seit 1998 innegehabten Arbeitsstelle problemlos. Die Kündigung der Arbeitsstelle im Januar 2012 bewirkte eine Dekompensation (vgl. Urk. 9/15). Einerseits kamen die Phobien mit massivem Meideverhalten und sozialer Isolation und die Angst, beobachtet und kritisiert zu werden, verstärkt zum Ausdruck, andererseits entwickelte der Beschwerdeführer eine mittelgradige Depression, derentwegen er in intensiver ärztlicher Behandlung mit verschiedenen Hospitalisationen und tagesklinischer Begleitung war. Die behandelnden Ärzte bescheinigten durchwegs eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, wobei sich aus den Berichten nicht klar ergibt, ob die Arbeitsunfähigkeit wegen der Depression, wegen der vorhandenen Phobien mit Rückzugsverhalten, wegen der Lernschwäche oder aufgrund der Rückenproblematik attestiert wurde.

Unterschiedlich sind die ärztlichen Beurteilungen hinsichtlich der – für den all fälligen Rentenanspruch massgeblichen - Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Während anfänglich und bis Februar 2014 eine angepasste Tätigkeit in ruhiger Umgebung und ohne Belastung mindestens teilzeitlich als möglich erachtet wurde (Bericht von Dr. K. \_\_\_ vom 14. Mai 2012 [Urk. 9/15/2], Berichte der B. \_\_\_ vom 9. September 2012 [Urk. 9/55] und vom 26. Februar 2014 [Urk. 9/57]), hielt Dr. K. \_\_\_ in den Berichten vom 27. April 2014 (Urk. 9/58) und vom 26. Mai 2015 (Urk. 9/76) trotz Besserung des Gesundheitszustands dafür, der Beschwerdeführer sei auch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig, es müsse von einer dauernden Erwerbsunfähigkeit ausgegangen werden.

Ab April 2015, als der Beschwerdeführer mit seiner Freundin zusammenzog und wieder eine Tagesstruktur hatte, trat offenbar eine entscheidende Besserung ein, was auch der Beschwerdeführer subjektiv wahrnahm. So ging er wieder ins Haltenbad, konnte wieder mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, ging ins Fitnesscenter und plante mit seiner Freundin Ferien (Urk. 9/81/2-3). Dementsprechend ging der RAD-Psychiater med. prakt. F. \_\_\_ im November 2015 von einer Remission der Depression aus und hielt den Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitsfähig. Der Lernschwäche und den sozialen Phobien mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 9/81/5). Demgegenüber hielten Dr. H. \_\_\_ und die Psychologin G. \_\_\_ im Bericht vom 25. Januar

2016 (Urk. 9/92) fest, eine angepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen ohne Anforderungen an das Arbeitstempo sei dem Beschwerdeführer allenfalls zu 40 % möglich.

### **E. 5.3**

Den Ausführungen von med. prakt. O.\_\_\_\_, die zeitnahen medizinischen Berichte seien hinsichtlich der Beurteilung der depressionsbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugend beziehungsweise nicht nachvollziehbar, so dass daraus keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden könne, kann nicht gefolgt werden.

Immerhin war der Beschwerdeführer dreimal in der B.\_\_\_\_ hospitalisiert, insgesamt rund 15 Wochen (vgl. Urk. 9/15, Urk. 9/55 und Urk. 9/57), und befand sich fast durchgehend in tagesklinischer (Urk. 9/57, Urk. 9/63 und Urk. 9/81/3) und zusätzlich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 9/63 und Urk. 9/92). Zudem wurde er jahrelang unter anderem mit Antidepressiva behandelt (Urk. 9/63/4).

Zutreffend ist, dass sich den verschiedenen Arztberichten nicht eindeutig entnehmen lässt, auf welche der diagnostizierten Leiden die Einschränkungen nach Auffassung der Ärzte zurückzuführen waren. Soweit die Lernschwäche und die damit verbundene kognitive Beeinträchtigung für eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit verantwortlich gemacht wurden, ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, dass dieser Faktor – soweit er nicht ein krankheitswertiges Ausmass angenommen hat – invaliditätsfremd und für einen allfälligen Rentenanspruch nicht massgeblich ist. Das Gleiche gilt hinsichtlich des eingeschränkten Arbeitstempos und bis zu einem gewissen Grad für die sozialen Phobien. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst der für die Bemessung der Invalidität massgebliche allgemeine Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2017 vom 4. Mai 2018 E. 5.4.2 mit Hinweisen).

Sollten die Ängste des Beschwerdeführers allerdings wenigstens vorübergehend ein Ausmass angenommen haben, das es ihm verunmöglichte, überhaupt soziale Kontakte zu pflegen und im normalen gesellschaftlichen Rahmen zu funktionieren, so kann eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus diesem Grund nicht ausgeschlossen werden.

Das Gleiche gilt für die durchgehend diagnostizierte mittelgradige depressive Episode. Auch wenn die depressive Störung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung remittiert gewesen sein sollte, ist eine dadurch bedingte vorübergehende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung und damit allenfalls ein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente nicht ausgeschlossen (BGE 143 V 409 E.4.2.1 mit Hinweisen).

### **E. 5.4**

Zusammenfassend ist nach dem Gesagten festzuhalten, dass sich aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht beurteilen lässt, ob und bejahendenfalls in welchem Ausmass der Beschwerdeführer in der Zeit ab Beginn des theoretischen Rentenanspruchs bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung aufgrund der psychischen krankheitsbedingten Beeinträchtigung in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt war. Die IV-Stelle, an welche die Sache zurückzuweisen ist, hat dazu ein externes psychiatrisches Gutachten einzuholen, das die gegebenenfalls festgestellten psychischen Gesundheitsstörungen auch

im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens (Erwägung 1.3 hiervor) zu würdigen und sich insbesondere auch dazu zu äussern hat, ob die depressive Störung im mas sgeblichen Beurteilungszeitraum remittierte oder nicht. Anschliessend wird sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. In die sem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

## **E. 6**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten sind auf Fr. 900.-- anzusetzen. Da die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen), sind die Kosten ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuer legen.

Die Prozessentschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist ohne Rücksicht auf den Streit wert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Diese ist unter Berücksich tigung des reduzierten Stundenansatzes für Nichtjuristen (Fr. 145.-- exklusive Mehrwertsteuer), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Pro zesses auf Fr. 1'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass d ie angefochtene Verfügung vom 8. Februar 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen ein psychiatrisches Fachgutachten einhole und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu befinde. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer ei ne Prozessent schädigung von Fr. 1'800 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ - 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 Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Steudler

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