

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01224 vom 28. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01224 du 28 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01224 del 28 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, ist ausgebildeter Anästhesiepfleger (Urk. 8/1/6). Zuletzt übte er diese Tätigkeit seit dem 1. Januar 2012 (Urk. 8/56/1) im Y.____ mit einem Arbeitspensum von 60 % aus. Ab 13. September 2012 war er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/12/3). Zudem ging er seit dem 1. Oktober 2006 in einem Pensum von 20 % einer selbständigen Erwerbstätigkeit im Bereich Massage und Beratung nach (Urk. 8/2/4).

Am 16. November 2012 meldete sich der Versicherte wegen des Verdachts auf eine beginnende Alzheimererkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2/4). Mit Verfügung vom 15. April 2013 (Urk. 8/27) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen. Am 16. April 2013 ging bei der IV-Stelle das von Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Auftrag der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich erstellte vertrauensärztliche Gutachten vom 11. April 2013 (Urk. 8/29) ein. Die vom Versicherten gegen die Verfügung vom 15. April 2013 erhobene Beschwerde wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 22. November 2013 (Prozess-Nummer IV.2013.00409, Urk. 8/40) in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und zum neuen Entscheid über den Anspruch auf berufliche Massnahmen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde.

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

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 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen ungläubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51). 2.

E. 2

In der Folge holte die IV-Stelle zusätzliche ärztliche Berichte (Urk. 8/50, 8/52, 8/72, 8/76, 8/79) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 8/69) ein. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 18. November 2014 (Urk. 8/57) mit, dass eine Umschulung alters- und gesundheitsbedingt nicht möglich sei, aber ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung bestehe (Urk. 8/57). Am 20. Januar 2015 (Urk. 8/60) informierte sie ihn über den gesundheitsbedingten Abschluss der Arbeitsvermittlung. Weiter holte sie ein polydisziplinäres Gutachten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie ein, das von den Fachärzten der A.____, am 15. Juli 2016 erstattet wurde (Urk. 8/94). Wie sie mit Vorbescheid vom 15. August 2016 (Urk. 8/96) angekündigt hatte, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 (Urk. 8/99 = Urk. 2) einen Rentenanspruch des Versicherten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung eines Rentenanspruchs in ihrer Verfügung vom 4. Oktober 2016 (Urk. 2) damit, dass die Arbeitsfähigkeit gemäss dem Gutachten der A.____ vom 15. Juli 2016 aus medizinischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Aufgrund der arbeitsplatzspezifischen psychischen Belastung könne eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten nachvollzogen werden. Eine nachfolgend weiter attestierte Arbeitsunfähigkeit werde durch Aggravation mitbestimmt, womit der rechtliche Anspruch auf Leistungen fehle (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde vom 4. November 2016 (Urk. 1) geltend, das polydisziplinäre A.____-Gutachten genüge den Anforderungen

der Rechtsprechung nicht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Unrecht darauf abgestellt habe. Das Gutachten sei weder vollständig noch in seinen Schlussfolgerungen überzeugend. Die Beschwerdegegnerin habe auf die nicht überzeugende Vermutung eines aggravatorischen Verhaltens abgestellt und deshalb die tatsächlichen Testergebnisse zu Unrecht unberücksichtigt gelassen. Auch habe sie übersehen, dass die im Gutachten formulierten Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausschliessen oder stark einschränken würden. Die Feststellung, wonach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, treffe somit nicht zu (Urk. 1 S. 17) 3.

E. 3

Mit Beschwerde vom 4. November 2016 (Urk. 1) beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2016 sowie die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, insbesondere einer Invalidenrente. Eventualiter beantragte er die Rückweisung der Streitsache zu ergänzenden Abklärungen und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person

von Rechtsanwalt Schlatter. Als Beilage zur Beschwerde reichte er eine vom 29. Oktober 2016 (Urk. 3/6) datierende Stellungnahme von Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie ein. Mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2016 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 1. Februar 2017 (Urk. 12) wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung abgewiesen und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt. Mit Stellungnahme vom 13. März 2017 (Urk. 16) reichte der Beschwerdeführer das von Dr. med. Z.____ zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich erstattete vertrauensärztliche Gutachten vom 11. April 2013 (Urk. 17/1) sowie den Rentenentscheid der BVK vom 26. Juli 2013 (Urk. 17/2) ein. Mit Schreiben vom 30. März 2017 (Urk. 19) erklärte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf eine Stellungnahme, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. April 2017 (Urk. 20) mitgeteilt wurde.

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

E. 3.1

Das Gericht hat im Rückweisungsentscheid vom 22. November 2013 (Urk. 8/40) festgestellt, die Berichte der C.____ des D.____, welche für solche Fragestellungen als Fachklinik gelte, hätten einwandfrei eine Teilleistungsstörung der mnestischen Funktionen im visuellen Gedächtnis, insbesondere im Abrufen neu gelernter Informationen festgestellt. Die Diagnose hätten die Ärzte der C.____ aufgrund einer Gesamtbeurteilung aus der Anamnese erhoben, bei welcher der Versicherte über Wortfindungsstörungen und Vergesslichkeit vor allem auch bei Stress berichtet habe. Ferner hätten sie sich auf die neuropsychologischen Befunde und die Bildgebung berufen. Das Gericht erwog zudem, der C.____ sei der MRI-Befund vom 21. September 2012 bei der Diagnosestellung bekannt gewesen. Dieser Befund habe abgesehen von leichtgradigen Hirnatrophien keine Auffälligkeiten gezeigt und sei in die Beurteilung miteinbezogen worden. Ein leichter Widerspruch habe sich allerdings aus dem MRI-Bericht ergeben: In den Berichten der C.____ sei von einem Scheltens Grad 1 die Rede gewesen, welcher sich im MRI gezeigt

habe, im MRI-Bericht vom 21. September 2012 hingegen von einem Scheltens Grad 0, das heisst einem in Bezug auf eine Demenzerkrankung unauffälligen Befund. Das Gericht fügte bei, diese Ungenauigkeit sei jedoch nicht sehr bedeutend. Denn die getroffene Diagnose eines MCI basiere vor allem auf der klinischen Untersuchung mittels einer Testbatterie mit den entsprechenden Resultaten und auf den anamnestischen Erhebungen und typischen Beobachtungen des Versicherten. Schliesslich verwies das Gericht auf die Ausführungen von Dr. Z.____. Dieser habe weitgehend wiederholt, was den Berichten der C.____ zu entnehmen sei. Die Berichte stimmten bezüglich der Diagnosestellung und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit überein, und ihre Einschätzungen seien nachvollziehbar. Insbesondere hielt dies das Gericht für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit für gegeben: Der Beschwerdeführer habe als Anästhesiepfleger im Aufwachraum gearbeitet. Dies sei eine verantwortungsvolle Tätigkeit, bei der Anordnungen zuverlässig und pünktlich ausgeführt werden müssten. Aufgrund der Berichte der C.____ sei überzeugend, dass der Beschwerdeführer aufgrund der objektivierten kognitiven Defizite seine Arbeit

als Anästhesiepfleger im Aufwachraum nicht mehr ausführen könne. Diese objektivierten Befunde einer leichten kognitiven Leistungsschwäche seien geeignet, einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, insbesondere einen solchen auf Arbeitsvermittlung oder Berufsberatung auszulösen, auch wenn sich die Ätiologie dieser Störung im Moment nach Ansicht der Ärzte mit keinen Methoden weiter erhärten lasse. Sie führe auch dazu, dass sich der Versicherte gesundheitlich bedingt beruflich neu orientieren und eine seinen verbliebenen kognitiven Fähigkeiten angepasste Arbeit finden müsse. Dies sei für die Leistungspflicht der Invalidenversicherung entscheidend und nicht die (noch) unklare Verdachtsdiagnose. Welche Tätigkeiten dies sein könnten und in welchem Ausmass sie dem Versicherten zumutbar seien, das heisst die Fragen nach der behinderungsangepassten Restarbeitsfähigkeit, bedürfe zunächst näherer Abklärung in medizinischer Hinsicht. Die erwähnten Ausführungen der C.____ im Bericht vom 12. Februar 2013 seien sowohl hinsichtlich des zumutbaren gesundheitlichen Profils als auch hinsichtlich des zumutbaren Pensums zu vage. Doch die bereits vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen sprächen durchaus für berufliche Massnahmen. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen sei somit weiter abzuklären. In diesem Punkt hiess das Gericht die Beschwerde gut.

Hingegen folgte das Gericht der Auffassung der IV-Stelle insoweit, als diese den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hatte, weil im massgeblichen Zeitpunkt, als die Verfügung vom 15. April 2013 ergangen war, das Wartjahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG noch nicht abgelaufen gewesen sei. Das Gericht stellte dazu fest, ob der Anspruch auf eine Invalidenrente in einem späteren Zeitpunkt erfüllt sein werde, werde die Beschwerdegegnerin nach den erfolgten Eingliederungsabklärungen zu entscheiden haben.

3.2

In der Folge holte die IV-Stelle am 17. April 2014 einen Verlaufsbericht der C.____ ein (Urk. 8/50/5). Am 15. Mai 2014 (Urk. 8/50/6-10) berichtete diese über die Behandlung des Beschwerdeführers. Anlässlich der Erstabklärung im Oktober 2012 sei die Diagnose eines Mild Cognitive Impairment bei hohem Verdacht auf eine beginnende Alzheimer-Erkrankung gestellt worden. Der Patient habe unter kognitiven Einbussen im Rahmen einer psychosozialen Belastung gelitten. Weder die zusätzlichen Abklärungen in Form einer Mikropunktion und einer SPECT-Untersuchung hätten jedoch einen Anhalts

punkt für einen entzündlichen Prozess oder eine beginnende neurodegenerative Erkrankung ergeben. Aktuell bestünden normale Hirnfunktionen und ein Vitamin B12-Mangel (Urk. 8/50/7).

E. 3.3

Dr. E. ___ informierte die IV-Stelle am 26. Mai 2014 ebenfalls über die Behandlung des Beschwerdeführers (Urk. 8/52). Er gab die von der C. ___ gestellten Diagnosen wieder (Urk. 8/52/1) und attestierte dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachmann in der Anästhesie eine fortbestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 14. September 2012 (Urk. 8/52/2). In einer leidensangepassten Tätigkeit beurteilte er eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit als möglich (Urk. 8/52/3).

Ferner wandte sich die IV-Stelle am 12. Juni 2015 an das F. ___. Dieses reichte daraufhin die Aufzeichnung über das Erstgespräch mit dem Beschwerdeführer vom 3. September 2014 betreffend eine allfällige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung samt Beilagen ein (Urk. 8/71 sowie 8/72/1-3). Die gesprächsführende Person stellte im Anschluss einen unauffälligen Psychostatus fest und ausser einer Verminderung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen keine Symptome einer Depression. Als Diagnose hielt sie einzig einen Status nach rezidivierender depressiver Störung, aktuell stabil, fest, attestierte indessen dennoch eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %.

Im G. ___ der H. ___ war der Beschwerdeführer ebenfalls nicht in Behandlung, sondern lediglich zu drei Abklärungsgesprächen. Dem Bericht darüber vom 19. August 2015 (Urk. 8/79) ist Folgendes zu entnehmen: Affektiv hätten sich eine Verschiebung zum depressiven Pol und eine geringe Schwingungsfähigkeit gezeigt. Der Patient habe deprimiert, ratlos, gereizt und innerlich unruhig gewirkt. Die Vitalgefühle seien gestört und der Antrieb deutlich reduziert gewesen. Zudem habe ein sozialer Rückzug bestanden. Als Diagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) gestellt.

E. 3.4

Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge zur Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ein polydisziplinäres Gutachten der Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie in Auftrag. Dieses wurde durch die A. ___-Sachverständigen am 15. Juli 2016 (Urk. 8/94) erstattet.

Aus allgemein-internistischer Sicht stellte Dr. med. I. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Rheumatologie, keine Diagnosen (Urk. 8/94/41).

Im neurologischen Fachgebiet diagnostizierte Dr. med. J. ___, Facharzt für Neurologie, nicht authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugeächtnis und Exekutivfunktionen, denen er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Er hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht auch retrospektiv nicht eingeschränkt gewesen sei (Urk. 8/94/36).

Gegenüber der neuropsychologischen Gutachterin, lic. phil. K. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie und zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, klagte der Beschwerdeführer über Gedächtnisprobleme, die seit Jahren unverändert bestehen würden (Urk. 8/94/46). Lic. phil. K. ___ berichtete darüber, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der neuropsychologischen Testung schwere verbale Lern- und Gedächtnisdefizite, teilweise deutlich unterdurchschnittliche Aufmerksamkeitsleistungen, exekutive Min

derleistungen sowie verminderte verbale Lernleistungen gezeigt habe (Urk. 8/94/49). Es gebe jedoch klare Hinweise darauf, dass diese Befunde verfälscht seien und die gezeigten Leistungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprächen. Ein gut standardisierter Performanzvalidierungstest (Schmand & Lindebloom, 2005) und Diskrepanzen zwischen den klinischen Beobachtungen und den Testergebnissen deuteten auf ein aggraviorisches Verhalten hin (Urk. 8/94/50). Die neuropsychologische Gutachterin diagnostizierte in ihrer Ausprägung nicht authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugeächtnis und Exekutivfunktionen.

Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter, Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, klagte der Beschwerdeführer über leichte kognitive Defizite und Zukunftsängste (Urk. 8/94/13). Dr. L.____ berichtete davon, dass diagnostisch von einer primär bestehenden leichten depressiven Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen sei, welche im Rahmen ungünstiger Arbeitsbedingungen im September 2012 zur Dekompensation und im Rahmen einer anfangs mittelgradigen ängstlich-depressiven Symptomatik zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Daher müsse von einer affektiven Störung in spezifischer Reaktion auf das arbeitsplatzbezogene Umfeld ausgegangen werden, ohne dass die berufliche Tätigkeit an sich die Ursache dieser Störung darstelle. Die Kündigung habe zwar anfangs in Form einer narzisstischen Kränkung zu einer Verstärkung der Symptomatik geführt, zwischenzeitlich sei jedoch offensichtlich eine sehr deutliche Besserung eingetreten. Dies komme auch dadurch zum Ausdruck, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr depressiv fühle, jedoch weiterhin anfällig auf Stresssituationen. Damit seien die in den vorbestehenden Akten diskutierten Diagnosen einer allfälligen organischen Ursache der Leistungseinbuße bereits angesichts des weiteren Verlaufs weitestgehend widerlegt. Damals seien auch die Auswirkungen der psychischen Symptomatik nicht ausreichend berücksichtigt worden. In der angestammten Tätigkeit als Anästhesiepfleger bestehe unter Berücksichtigung von Einschränkungen der geistigen und psychischen Belastbarkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dr. L.____ diagnostizierte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD 10: Z73.1), Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen (ICD-10: Z56.4) sowie nicht authentische kognitive Minderleistungen (Urk. 8/94/22 f.).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass aufgrund der Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung klar ein aggravorisches Verhalten feststellbar gewesen sei, wobei dieses nicht durch krankheitswertige psychische Ursachen begründet sei (Urk. 8/94/24). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Anästhesiepfleger mit der subjektiv als kränkend erlebten, selbstwertdestabilisierenden Arbeitsatmosphäre sei medizinisch-theoretisch nicht mehr zumutbar. Entspreche eine Tätigkeit dem an die geistige und psychische Belastbarkeit angepassten Fähigkeitsprofil, so bestehe jedoch auch in der Funktion als Anästhesiepfleger eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/94/25). Rückblickend könne in einer dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit allenfalls für einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten von einer Teilarbeitsunfähigkeit im Umfang von maximal 50 % ausgegangen werden (Urk. 8/94/24). 4.

4.1

Das A.____-Gutachten vom 15. Juli 2016 (Urk. 8/94) erweist sich für die strittigen Belange als umfassend. Es wurde in Zusammenarbeit von Fachärzten und einer Fachpsychologin unter Berücksichtigung und in Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie der vom

Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auf der Grundlage allseitiger persönlicher Untersuchungen erstattet. Die medizinischen Beurteilungen der Gutachterpersonen wichen nur in Bezug auf die Diagnose einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis von den Einschätzungen der behandelnden Arztpersonen ab, wobei der Grund dafür vom psychiatrischen Gutachter, Dr. L.____, überzeugend dargelegt wurde (Urk. 8/94/20). Die Sachverständigen stellten ferner ein aggravatorisches Verhalten des Beschwerdeführers bei der neuropsychologischen Testung fest, das nicht durch krankheitswertige psychische Ursachen begründet sei (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

/94/20, 8/94/25, 8/94/50 f.). Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachterpersonen fest, dass der Beschwerdeführer sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Anästhesiepfleger wie auch in angepassten Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig sei, sofern der eingeschränkten geistigen und psychischen Belastbarkeit Rechnung getragen werde (Urk. 8/94/21). 4.2

4.2.1

Zunächst ist auf die Kritik des Beschwerdeführers an der Durchführung der Begutachtung einzugehen. Er brachte dazu zunächst vor, es sei nicht bekannt, ob alle beteiligten Gutachter gleichzeitig an einem Konsensgespräch teilgenommen hätten (Urk. 1 S. 6). Wie er jedoch in der Beschwerde selber erwähnt hat, erfolgte auf der ersten Seite des Gutachtens ein ausdrücklicher Hinweis, dass die gutachterliche Beurteilung nach Durchführung eines Konsensgespräches entstanden sei (Urk. 8/94/1). Auch die interdisziplinäre Beantwortung der Fragen gibt zu keinen weiteren Ausführungen Anlass, da im Gutachten ausdrücklich erwähnt worden ist, die Beurteilung des objektiven medizinischen Sachverhaltes, der Funktionen und der Arbeitsfähigkeit sei aus der Sicht aller beteiligter Gutachter festgehalten worden (Urk. 8/94/24). 4.2.2

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, es sei unklar, ob sämtliche Gutachter die gesamten Verfahrensakten gekannt hätten oder ob die Akten von einem einzelnen Gutachter aufbereitet worden seien und dieser den weiteren Gutachtern lediglich die von ihm als wesentlich erachteten Dokumente zur Verfügung gestellt habe (Urk. 1 S. 7). Dem Gutachten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die Gutachter lediglich über selektive Aktenkenntnis verfügt haben. Gegen diese Annahme spricht insbesondere der Hinweis auf Seite 2 des Gutachtens, wonach der vollständige Umfang der ihnen vorliegenden Akten jedem Gutachter zur Verfügung gestellt worden sei (Urk. 8/94/2). Der Beschwerdeführer nannte denn auch keine konkreten Anhaltspunkte für fehlende Aktenkenntnis der Gutachter. Damit ist davon auszugehen, dass sämtlichen an der Gutachtenserstellung beteiligten Gutachtern die vollständigen medizinischen Vorakten zur Verfügung gestanden haben. 4.2.3

Schliesslich machte der Beschwerdeführer geltend, dass die psychiatrische Anamneseerhebung mangelhaft sei, weil der Gutachter während dieser zugleich das Diktat für das Gutachten erstellt habe (Urk. 1 S. 12 f.). Die von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie herausgegebenen Qualitätsleitlinien für

versicherungspsychiatrische Gutachten (abrufbar im Internet unter: www.psychiatrie.ch, besucht am 2. Mai 2017)

enthalten keine Empfehlungen bezüglich Zeitpunkt und Form, welche bei der Dokumentation der Anamnese zu wählen sind. Die von Dr. L.____ in Anwesenheit und unter Einbezug des Beschwerdeführers diktierete Anamneseerhebung hat im Vergleich mit handschriftlichen Notizen, welche allenfalls erst später in die definitive Fassung umgeschrieben werden, den Vorteil, dass allfällige Missverständnisse sofort entdeckt und umgehend ausgeräumt werden können, was offenbar bei der Untersuchung des Versicherten auch mehrmals der Fall gewesen ist (Urk. 8/94/13). Weder macht der Beschwerdeführer geltend, noch ist ersichtlich, inwiefern sich diese Art der Anamneseerhebung für ihn in entscheidender Weise nachteilig ausgewirkt haben soll. 4.2.4

Im Lauf des Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer am 13. März 2017 das Gutachten von Dr. med. Z.____ zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich vom 11. April 2013 eingereicht. Er wies dabei darauf hin, gemäss diesem Gutachten sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Anästhesiepflegefachmann zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 16 und Urk. 17/1). Dieses Gutachten befand sich bereits in den Akten der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 8/29). Ausserdem hat das Gericht bereits in seinem Urteil vom 22. November 2013 (Prozess-Nummer IV.2013.00409, Urk. 8/40) darauf hingewiesen, Dr. Z.____ habe weitgehend den Inhalt der Berichte der C.____ wiederholt. Weiter ist zu berücksichtigen, dass Dr. Z.____ Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ist und damit über keine Spezialisierung betreffend die vorliegend interessierenden Krankheitsbilder verfügt. Damit ist es entgegen der Meinung des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden, dass sich die an der polydisziplinären Begutachtung beteiligten Sachverständigen nicht mehr explizit mit diesem Gutachten auseinandergesetzt haben, wobei dessen Inhalt in zusammengefasster Form bei der Aktenanalyse durchaus wiedergegeben worden ist (vgl. Urk. 8/94/8). 4.3 4.3.1

Was den Inhalt des polydisziplinären Gutachtens selber betrifft, so erhob Dr. L.____ einzig Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nämlich akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen (ICD-10: Z56.4) sowie nicht authentische kognitive Minderleistungen (Urk. 8/94/22 f.). Der Beschwerdeführer bemängelte in diesem Zusammenhang, dass sich der psychiatrische Gutachter nicht dazu geäußert habe, ob das demonstrierte Verhalten mit einer verminderten Leistungsbereitschaft als bewusstseinsnah oder bewusstseinsfern zu qualifizieren sei (Urk. 1 S. 11). Tatsächlich hat indessen

Dr. L.____

hiezuhin ausgeführt, dass sich das aggravatorische Verhalten nicht durch eine psychische Symptomatik erklären lasse (Urk. 8/94/20). Demgemäss ist von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen. Ferner machte der Beschwerdeführer geltend, im psychiatrischen Teilgutachten sei unklar geblieben, was mit der anamnestischen Angabe von kognitiven Defiziten gemeint sei (Urk. 1 S. 13). Dr. L.____ hat jedoch dazu unter dem Titel „Medizinische Anamnese, Entwicklung der Gesundheitsleiden und Symptombeschreibung“ ausgeführt, dass die geklagte Vergesslichkeit unter Druck und Stress verstärkt werde und darauf hingewiesen, der Beschwerdeführer sei nicht mehr in der Lage, mit sehr viel Druck und Stress zu leben. Er könne zudem auch nicht mehr auf mehrere Informationen zugleich eingehen und diese miteinander koordinieren, da er dies als ermüdend empfinde

(Urk. 8/94/16). 4.3.2

Wenn dem psychiatrischen Gutachten keine genaueren Angaben über die geklagten gegenwärtigen Zukunftsängste zu entnehmen sind, hat dies entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keinen Einfluss auf die Qualität des psychiatrischen Gutachtens. Denn diesbezüglich fehlt es an einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es handelt sich bei den Zukunftsängsten um keine invalidenversicherungsrechtlich bedeutsame Einschränkung, sondern um einen – wenn auch sicher belastenden – invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigenden psychosozialen Faktor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). 4.3.3

Ebenfalls kein Anlass zu Zweifeln an der Zuverlässigkeit der Ausführungen von Dr. L.____ bietet sich angesichts des Berichtes

des M.____

vom 19. August 2015 (Urk. 8/79) . Darin wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1, Urk. 8/79/1)

gestellt und dem Beschwerdeführer als Folge davon eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/79/2). Die Erstkonsultation des Beschwerdeführers war am 29. Juli 2014 erfolgt (Urk. 8/79/1) .

Es blieb jedoch bei drei Abklärungsgesprächen, während der Beschwerde führer wünschte, dass die Weiterbehandlung beim F.____

erfolge (Urk. 8/79/2). Zu einer eigentlichen Behandlung beim G.____

kam es also gar nicht. Aufgrund der erfahrungsgemäss guten Therapierbarkeit leichter bis mittelschwerer Störungen aus dem depressiven Formenkreis könnte jedoch angesichts dieser Diagnose nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ohnehin nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden

(vgl. Urk. 8/94/17, 8/94/68; Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E. 3.3 und Urteil 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Die gute Behandelbarkeit der depressiven Symptomatik zeigt sich denn auch beim Versicherten tatsächlich konkret darin, dass die vom G.____ am 29. Juli 2014 gestellte Diagnose einer Depression bereits am 3. September 2014 vom F.____ als nicht mehr gegeben beurteilt wurde (Urk. 8/72/2).

Zum gleichen Resultat würde auch der Umstand führen, dass eine psychosoziale Belastungssituation als Ursache für die depressive Symptomatik erkannt wurde (Urk. 8/72/1, 8/94/20) . Denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben, wenn nur Befunde erhoben wurden, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Daraus folgt auch, dass die im A.____ -Gutachten aufgrund einer arbeitsplatzspezifischen reaktiven affektiven Symptomatik rückwirkend festgestellte 50%ige Arbeitsunfähigkeit von drei bis sechs Monaten Dauer (Urk. 8/94/28) invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant und damit nicht zu berücksichtigen ist .

Zusammenfassend

ist damit nicht zu beanstanden, dass Dr. L.____ einzig psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat (Urk. 8/94/22). Folgerichtig ist invalidenversicherungrechtlich von einer sowohl qualitativ als auch quantitativ grundsätzlich uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 4.4

4.4.1

Lic. phil. N.____

äusserte aufgrund der Testergebnisse den Verdacht, der Beschwerdeführer habe teilweise aggraviert. Sie hielt im neuropsychologischen Teilgutachten ein ausserordentlich langsames Arbeitstempo des Beschwerdeführers bei einer einfachen Aufgabe fest, während die anderen Aufgaben mit einer unauffälligen bis zügigen Arbeitsgeschwindigkeit erledigt worden seien. Auffälligkeiten in anderen Belangen konnte sie keine feststellen und verwies insbesondere darauf, dass der Beschwerdeführer allein und pünktlich mit den öffentlichen Verkehrsmitteln angereist sei (Urk. 8/94/49 f.). Der Beschwerdeführer hielt gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. B.____ vom 29. Oktober 2016 (Urk. 3/6) dafür, dass für eine Aggravation eine nachvollziehbare Begründung fehle (Urk. 1 S. 8). Lic. phil. N.____ habe einen Widerspruch darin gesehen, dass der Beschwerdeführer einerseits selbständig angereist sei, den Abfahrtszeitpunkt gekannt habe, sich an einen Test vor drei Jahren erinnere und sich dahingehend geäussert habe, es gehe ihm eigentlich gut. Auf der andern Seite stünden indessen die Testergebnisse, welche schwere verbale Gedächtnisdefizite aufgezeigt hätten. Hier seien Widersprüche nicht zu erkennen, beziehungsweise nicht nachvollziehbar. Ebenfalls sei kein Zusammenhang zwischen der Erinnerung an den Abfahrtszeitpunkt des Zuges bei der Fahrt zum Gutachter ersichtlich verbunden mit der Angabe, es gehe eigentlich ganz gut, und dem Testergebnis, welches schwere verbale Gedächtnisdefizite aufgezeigt haben sollte. Welche Bereiche der Gedächtnisleistung betroffen seien, ergebe sich aus der Begründung von Lic. phil. N.____ nicht. Offensichtlich sei auch nicht danach gefragt worden, in welchen anspruchsvollen Lebensbereichen Einschränkungen und in welcher Hinsicht diese bestünden, beispielsweise bei der Erledigung von Banksachen, der Steuererklärung, bei Vertragsabschlüssen oder Ähnlichem. Solche Einschränkungen, so der Versicherte, dürften zu den Testergebnissen kongruent sein. Unterschiedliche Resultate in ähnlichen Tests seien durchaus erklärbar. Man müsste aber wissen, von welchen Tests im neuropsychologischen Gutachten gesprochen werde. Es gebe durchaus ähnliche Tests, welche jedoch unterschiedliche Aufmerksamkeitsdimensionen messen würden. Im Gutachten werde ja beispielsweise gerade nicht behauptet, es seien Inkonsistenzen in verschiedenen Tests aufgetaucht, welche die gleiche Aufmerksamkeitsdimension gemessen hätten, sondern davon, es seien Diskrepanzen, das heisst unterschiedliche Resultate, zwischen einzelnen Testverfahren aufgetaucht. Möglicherweise seien unterschiedliche Aufmerksamkeitsdimensionen gemessen worden, was zu unterschiedlichen Testergebnissen geführt haben könnte, ohne dass dieser Umstand auf Aggravation zurückgehe (Urk. 1 S. 9). 4.4.2

Eine erste, im Herbst 2012 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung war noch im Zusammenhang mit der Diagnose eines MCI und einem hochgradigem Verdacht auf eine beginnende Alzheimerkrankheit gestellt worden (vgl. Urk. 8/6/1). Anschliessend erfolgte im Herbst 2013 eine Verlaufsuntersuchung. Diese ergab durchschnittliche Leistungen, wobei zwei auffällige Befunde als zufällig gewertet wurden (vgl. Urk. 8/72/7). Die neuropsychologische Gutachterin führte dazu aus, dass die anlässlich der Begutachtung

gezeigten Leistungen eine erhebliche Verschlechterung innerhalb von drei Jahren bedeuten würde. Dies sei im Rahmen einer demenziellen Entwicklung denkbar, eine solche liege jedoch aus neuropsychologischer Sicht nicht vor: Bei einer Alzheimer-Demenz hätten sich nicht nur die verbalen Gedächtnisleistungen verschlechtert, sondern auch die nonverbalen. Diese seien jedoch praktisch unauffällig gewesen. Ein den Testergebnissen entsprechender Schweregrad der Gedächtnisdefizite hätte zudem gemäss Lic. phil. N._____

auch zur Folge gehabt, dass in anderen Bereichen Defizite aufgetreten wären, zum Beispiel eine Benennstörung und visuokonstruktive Defizite, was nicht der Fall gewesen sei. Die Selbständigkeit des Beschwerdeführers im Alltag spreche ebenfalls gegen eine Validität der Testergebnisse. Angesichts derselben hätte der Beschwerdeführer auch seine administrativen Angelegenheiten nicht mehr bewältigen können. Der Krankheitsverlauf und der MRT-Befund im Jahr 2012 wiesen ebenfalls nicht auf einen degenerativen Prozess im Sinne einer Alzheimer-Krankheit hin (Urk. 8/94/51). 4.4.3

In der Tat hatte das im Jahr 2012 durchgeführte MRI des Schädels zu unauffälligen Ergebnissen geführt. Insbesondere war dabei keine Atrophie des Hippocampus als pathologisches Merkmal einer Alzheimer-Krankheit festgestellt worden (Urbach, Flacke, Huppertz, Demenz: Was kann der Radiologe sagen? Neuroradiologie Scan, Heft 2, 2012, S. 136). Während die neuropsychologische Erstuntersuchung im Jahr 2012 immerhin noch kognitive Einschränkungen ergeben hatte (Urk. 8/6/1), lieferte die neurologische Verlaufsuntersuchung im Jahr 2013 gänzlich unauffällige Ergebnisse (Urk. 8/72/7). Dieser Verlauf spricht somit auch für den medizinischen Laien nachvollziehbar gegen eine Alzheimer-Erkrankung, bei der es sich um eine Hirnerkrankung mit progredienter Demenz und irreversibler Hirnschädigung handelt (zur Alzheimer-Krankheit: Psychembel, Klinisches Wörterbuch, 26. Auflage, Berlin 2014, S. 69).

Erst der Vergleich der anlässlich der Verlaufsuntersuchung im Herbst 2013 erzielten Ergebnisse mit denjenigen bei der polydisziplinären Begutachtung im Juni 2016 zeigte nach knapp drei Jahren den Eintritt einer deutlichen Verschlechterung: Im Jahr 2013 erzielte der Beschwerdeführer im Abruf nonverbaler Informationen überdurchschnittliche Leistungen und in 24 weiteren Tests einen durchschnittlichen Wert. In drei Tests schnitt er unterdurchschnittlich ab. Diese unterdurchschnittlichen Werte wurden als Zufallsergebnisse interpretiert (Urk. 8/72/7 f.).

Demgegenüber führte die anlässlich der Begutachtung durchgeführte neuropsychologische Testung neben einer überdurchschnittlichen Leistung und 14 Ergebnissen im durchschnittlichen Bereich zu vier Ergebnissen im unterdurchschnittlichen und elf Ergebnissen gar im weit unterdurchschnittlichen Bereich. Während Leistungen im unterdurchschnittlichen Bereich lediglich auf eine mögliche Beeinträchtigung hinweisen, ist bei Leistungen im weit unterdurchschnittlichen Bereich von einer Beeinträchtigung auszugehen (vgl. Leitlinien zur Klassifikation und Interpretation neuropsychologischer Testergebnisse der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen SVNP, Version vom 8. November 2011, Ziffer 4.1, Tabelle 1, S. 4, einsehbar im Internet auf

www.neuopsy.ch, besucht am 8. Mai 2017). Von einer Testserie mit 30 Tests hatte die Hälfte auffällige Ergebnisse hervorgebracht. Insgesamt mehr als ein Drittel der Testergebnisse waren als nicht bloss mögliche, sondern tatsächlich bestehende Beeinträchtigungen zu interpretieren. Damit ist es plausibel, dass die neuropsychologische Gutachterin

aufgrund der ausserhalb der formellen Tests unauffälligen klinischen Beobachtungen, der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, seiner Selbständigkeit im Alltag sowie der Ergebnisse des Perfor manzvalidierungstests davon ausging, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung nicht das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers widerspiegeln. Dies spricht für den von lic. phil. N.____ geäusserten Verdacht, dass diese schlechten Testergebnisse auf Aggravation beruhen, ohne dass dieses Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, würde eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsschädigung ausser Betracht fallen lassen und damit den Anspruch auf eine Rente ausschliessen (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 mit Hinweisen auf BGE 127 V 294 E. 5a und das Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2.2.2). 4.4.4

Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers

ist

jedenfalls die Einschätzung, dass die Ergebnisse der ersten neuropsychologischen Testung im Jahr 2012 auf eine depressive Erkrankung zurückzuführen waren und eine solche nicht mehr festgestellt werden konnte, nachvollziehbar (Urk. 1 S. 12). Dies gilt umso mehr, als diese Ansicht nach Durchführung der Verlaufsuntersuchung am 8. Oktober 2013 auch die auf die Abklärung von Demenzerkrankungen

spezialisierte C.____

eindeutig vertreten hat (Urk. 8/72/6 f.). Die Bestätigung des im Jahr 2012 geäusserten Verdachts auf eine Alzheimererkrankung ist schliesslich nicht zuletzt deshalb ausgeblieben, weil die MRT Untersuchung keine hippocampale Atrophie ergeben hatte, wie bereits oben ausgeführt worden ist. 5.

Gestützt auf das überzeugende polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 15. Juli 2016 (Urk. 8/94) hat demnach die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint, da der Beschwerdeführer

medizinisch-theoretisch aus gesundheitlichen Gründen in der Lage ist, seine Arbeitsfähigkeit rentenausschliessend zu verwerten.

6.

Ob dem Beschwerdeführer die Verwertung der Arbeitsfähigkeit auch zuzumuten ist, bestimmt sich aufgrund der Verhältnisse zur Zeit des am 15. Juli 2016 erstatteten polydisziplinären Gutachtens der A.____ (Urk. 8/94). Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer 59 Jahre alt, was unter dem Gesichtspunkt des Alters eine Verwertbarkeit nicht ausschliesst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1). Denn damit verblieb ihm eine Aktivitätsdauer von rund sechs Jahren. Er ist ausgebildeter Pflegefachmann und verfügt zudem über Ausbildungen als Werklehrer (keine Berufserfahrung) und Masseur (mehrjährige selbständige Nebentätigkeit). Im Pflegebereich verfügt er über eine langjährige Berufserfahrung, die er bei der Ausübung verschiedener Tätigkeiten erworben hat. In Würdigung dieser Umstände und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass keine Einschränkungen in Bezug auf die zumutbaren Tätigkeiten bestehen, kann es dem Beschwerdeführer zugemutet werden, seine Arbeitsfähigkeit auf dem alleine massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.2) zu verwerten. Damit verneinte die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch, womit die Beschwerde

abzuweisen ist. 7.

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.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Weil die Beschwerde abzuweisen ist, sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Schlatter -
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 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GrünigPfefferli

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