

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00564 vom 15. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00564](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00564)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00564 du 15 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00564 del 15 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren

1964, reiste im Jahr

1987 aus der Türkei in die Schweiz ein, wo er von 1988 bis 1994 für die Y.\_\_\_\_ AG, Lack- und Farbenfabrik als Produktionsmitarbeiter (Farbmischer) arbeitete

( Urk. 7/2/1, Urk. 7/3/1, 3,

### **E. 1.2**

Am 1. März

2014 leitete die IV-Stelle eine weitere Rentenrevision ein ( Urk. 7/44, Urk. 7/51 ). Im Zuge ihrer Abklärungen holte sie unter anderem den Bericht des Psychiaters

Dr. med. A.\_\_\_\_ vom 29. September

2014 ein ( Urk. 7/52 ).

Mit Schreiben vom 20. Oktober

2014 auferlegte sie dem Versicherten eine Schadenminderungspflicht. Sie wies ihn darauf hin, dass der weitere Anspruch auf eine Invalidenrente erst nach Absolvierung einer notwendigen medizinischen Massnahme geprüft werden könne, und auferlegte ihm, sich für mindestens sechs Monate einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung, eventuell auch Psychopharmakotherapie, zu unterziehen (Urk.

### **E. 5**

,

Urk. 7/5/4,

Urk. 7/47/7 ). Am 31. Oktober

1994 meldete er sich unter Hinweis

auf schwere Kontaktekzeme bei Chemikalienkontakt am Arbeitsplatz mit chronischem Puritus

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufsberatung, Arbeitsvermittlung) an (Urk. 7/3). Nach durchgeführten Abklärungen wies die IV-Stelle das Gesuch des Versicherten um berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 2. Juli

1996 ab (Urk. 7/13). Nach dem sie einen Anspruch von X.\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 3. Juli 1996 ebenfalls verneint hatte (vgl. Urk. 7/14/1), liess dieser mit Eingabe vom 8. November

1996 ein Wiederwägungsgesuch stellen, weil die psychische Komponente seines Krankheitsgeschehens nicht abgeklärt worden sei (Urk. 7/14/1). In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten durch Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchen. Dr.

Z.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am

5. Februar

1997 (Urk. 7/16). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle X.\_\_\_\_

mit Verfügung vom 5. September

1997 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab 1. Januar

1996 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/17, Urk. 7/19). Bei den in den Jahren 1998, 2000, 2003 und 2008 durchgeführten Rentenrevisoren stellte die IV-Stelle jeweils keinen Anspruch auf eine Invalidenrente beeinflussen den Änderungen fest (Urk. 7/22, Urk. 7/27, Urk. 7/32, Urk. 7/40).

#### **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 grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar

2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1). 2.2

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). 2.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256

E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar

2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März

2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März

2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai

2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April

2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August

2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai

2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). 2.4

Die Leistungen können gemäss Art. 7b IVG nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Abs. 1).

Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Abs. 3). 2.5

## 2.5.1

Im Invalidenversicherungsrecht gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die in va lide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenmin derungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf

Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Eine medizinische Behandlung oder erwerbliche Eingliederung muss sodann geeignet sein, eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Im Übrigen muss die Sanktion in ihrer konkreten Gestalt verhältnismässig sein, indem das Kürzungsmass und die voraussichtliche günstige Wirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbschaden einander entsprechen. Ein Rentenanspruch kann grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Ist durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu bewirken, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2016 vom 20. März 2017 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). 2 .5.2

Eines strikten Beweises, die verweigerte Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht, sondern es genügt, wenn die Vorkehrung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen: Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Ist der Eingriff hingegen erheblich, wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt. Sodann sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst. Ist eine versicherte Person bezüglich einer psychischen Problematik nicht einsichtig und lehnt eine entsprechende Therapie ab, gereicht ihr dies unter Umständen dann nicht zum Verschulden, wenn die fehlende Krankheitseinsicht gerade Teil des Leidens selbst ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_82/2013 vom 20. März 2013 E. 3 mit weiteren Hinweisen). 3.

### 3. 1

Grundlage für die Zusprache der ganzen Invalidenrente mit Verfügung vom 5 .

September

1997 (Urk. 7/19 ) war im Wesentlichen das Gutachten von Dr.

Z.\_\_\_\_ vom 5. Februar

1997. In Kenntnis der IV-Akten und nach seinen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 25. Januar und 3. Februar

1997 ( Urk. 7/16/1) diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit starken depressiven Anteilen (ICD-10: F 45.4). Dr. Z.\_\_\_\_

führte

so dann aus , dass der Beschwerdeführer zur Zeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit könne nur vage auf 1995 datiert werden. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei zumindest mittelfristig ungünstig, da der Beschwerdeführer deutlich unkooperativ und misstrauisch sei. Des Weiteren sei er nicht bereit, seine Medikation zu verändern oder zu reduzieren. Auch Erklärungen, dass seine Medikamente in dieser sehr

hohen Dosierung an seinem momentanen Zustandsbild (Schwäche, Müdigkeit etc.) mitschuldig sein könnten, würden nicht akzeptiert, was eine antidepressive Behandlung, die eigentlich wichtig und auch erfolgsversprechend wäre, sehr erschwere. Ob eine stationäre psychiatrische Hospitalisation mit dem Ziel eines Medikamentenentzuges und einer guten medikamentösen antidepressiven Einstellung den Zustand des Beschwerdeführers bessern könnte, bleibe ungewiss ( Urk. 7/16/4). 3. 2

Im Bericht vom 29. September

2014 stellte Dr. A.\_\_\_\_ die Diagnose Verdacht auf sonstige somatoforme Störungen (ICD-10: F45.8), bestehend seit mehreren Jahren ( Urk. 7/52/1).

Er führte aus, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine behinderungsangepasste, körperlich leichte Tätigkeit bis zu 6 Stunden am Tag möglich sei ( Urk. 7/52/3). Dazu hielt Dr. A.\_\_\_\_ weiter fest, dass dem Beschwerdeführer eine psychiatrisch-psychotherapeutische ambulante Behandlung empfohlen werde ( Urk. 7/52/3). Durch eine psychotherapeutische und eventuelle neurologische Behandlung könne die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gesteigert werden ( Urk. 7/52/3-4). 3.3

Dr. B.\_\_\_\_ führte in ihrem Schreiben zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 25. November

2015 aus, sie halte den Beschwerdeführer angesichts seines derzeitigen mittelgradigen depressiven Zustandsbildes für 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/71/1).

In ihrem Bericht vom 24. Mai

2016 stellte Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose rezidivierende depressive Störung, zur Zeit mittelgradige Episode ( Urk. 7/78 /1) . Sie schrieb weiter, dass beim Beschwerdeführer ein stark vermindertes Energieniveau sowie eine Konzentrations- und Gedächtnisstörung bestehen würden ( Urk. 7/78/2). Als weitere Einschränkung nannte sie sehr langsames, fehlerhaftes Arbeiten mit vielen Unterbrüchen ( Urk. 7/78/3). Sie attestierte dem Beschwerdeführer eine seit 10. November

2015 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 7/78/2).

Am 8. April

2017 schrieb sie dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass sich dessen Verfassung seit ihrem Bericht vom 24. Mai

2016 nicht verändert habe ( Urk. 3/5). 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem im Auftrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstellten Gutachten vom 15. Mai 2017 die folgenden Diagnosen (Urk. 3/6 S. 28): - Rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.2) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstsicheren, dependenten, zwanghaften, negativistischen, depressiven, paranoiden und emotional instabilen Anteilen ( Borderline ; ICD-10: F61.0) - Chronische Schmerzen mit somatischen psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41 ) Dr. C.\_\_\_\_ führte zudem aus, dass der Beschwerdeführer einfache und körperlich leichte ungelernete Tätigkeiten (Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen, Empfangen von Besuchern, Aufsichtstätigkeiten etc.) für sechs Stunden und mehr nicht verrichten könne. Für diese Tätigkeiten seien Selbstverant

wortung, Verantwortungsbewusstsein, Übersicht, Aufmerksamkeit und Zuverlässigkeit erforderlich, mithin Fähigkeiten, welche der Beschwerdeführer nicht besitze. Es sei zudem zu erwarten, dass der Beschwerdeführer bei der Arbeit aufgrund seiner psychischen Störungen ca. sechs Monate im Jahr ausfalle

(Urk. 3/6 S. 39).

#### 4. 4.1

Zunächst ist festzuhalten, dass die Formerfordernisse des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG grundsätzlich eingehalten worden sind. Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer unter substantiierter Bezugnahme auf das von ihm geforderte Verhalten (regelmässige psychiatrische Behandlung, eventuell auch Psychopharmakotherapie) am 20. Oktober

2014

schriftlich mit, welche Folgen eine Widersetzung nach sich ziehen würde (Einstellung oder Kürzung der Rente). Bei der Aufforderung, seinen Schaden minderingspflichtig nachzukommen und anzugeben, wo er die erwähnte Massnahme durchführen werde, wurde dem Beschwerdeführer sodann eine angemessene Frist bis am 20. November 2014 angesetzt (Urk. 7/53). 4.2

#### 4.2.1

Voraussetzung für eine Auferlegung von Schadenminderungspflichten ist, dass die Durchführung solcher Massnahmen aufgrund aller objektiven Verhältnisse, auch im Hinblick auf die Erfolgchancen und der in Frage stehenden Versicherungsleistungen, zumutbar und verhältnismässig ist und die Vorkehrung geeignet ist, eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit herbeizuführen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 824/06 vom 13. März

2007 E. 3. und 3.1). Die Tragweite einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung des vollständig arbeitsunfähigen und daher nicht erwerbstätigen Beschwerdeführers ist als gering anzusehen, zumal dem eine hohe Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen gegenübersteht (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2012.00264 vom 26. November

2013 E. 4.1). Sodann ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer die Betreuung und Pflege für seinen betreuungsbedürftigen Sohn zusammen mit seiner Ehefrau besorgt (Urk. 7/52/2, Urk. 7/78/4). Bei Abwesenheiten des Beschwerdeführers könnte seine Ehefrau den Sohn betreuen, zumal diese ebenfalls nicht arbeitstätig ist sowie eine Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung bezieht und dies in der Familie des Beschwerdeführers bis anhin so gehandhabt wurde (vgl. Urk. 7/23/4, Urk. 7/78/4).

Der Beschwerdeführer wäre daher in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich in der Lage, sich für eine Behandlung zu einer Psychiaterin oder einem Psychiater zu begeben. Die Zumutbarkeit einer Psychotherapie wurde seitens der Psychiater nie in Frage gestellt.

Bereits sein Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, hatte dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung vorgeschlagen (Urk. 7/47/8). Ferner kam

Dr. A.\_\_\_\_ klar zum Schluss, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch eine psychotherapeutische und eventuell neurologische Behandlung steigern lassen würde

(Urk. 7/52/3-4).

Schliesslich äusserte sich bereits Dr.

Z.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 5. Februar

1997 dahingehend, dass eine antidepressive Therapie an sich erfolgsversprechend wäre (Urk. 7/16/4). 4. 2. 2

Den Akten lässt sich allerdings nicht entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer seit der Rentenzusprache mit Verfügung vom 5. September

1997 (Urk. 7/19) jemals in eine eigentliche psychotherapeutische Behandlung begeben hätte. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bringt vor, dass dieser bezüglich einer psychischen Problematik nicht einsichtig sei und eine entsprechende Therapie ablehne. Dies dürfe ihm jedoch nicht zum Nachteil gereichen, weil die fehlende Krankheitseinsicht gerade Teil des Leidens selbst sei. Dem Beschwerdeführer könne daher auch nicht vorgehalten werden, dass er die mit Schreiben vom 20. Oktober

2014 als Schadenminderungspflicht auferlegte Psychotherapie nicht absolviert habe (Urk. 7/72/4). Dem Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 29. September

2014 ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer selber nicht glaube, dass seine aktuellen Beschwerden psychisch bedingt seien. Er sei daher nicht sicher, ob er eine psychiatrische Behandlung brauche (Urk. 7/52/2).

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 26. Mai 2015 sodann aus, dass die Behandlung nach der Erstkonsultation vom 26. August 2014 nicht fortgeführt worden sei, weil der Beschwerdeführer dies nicht gewollt habe (Urk. 7/60/6).

Hinzuweisen ist darauf, dass gemäss dem von Dr. A.\_\_\_\_ am 26. August 2014 erhobenen psychopathologischen Befund der Beschwerdeführer formalgedanklich geordnet war. Sodann bestanden keine inhaltlichen Auffälligkeiten sowie kein Hinweis auf ein psychotisches Erleben (Urk. 7/52/2). Gemäss dem Befund von Dr. B.\_\_\_\_ fanden sich beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen, wahnhaftes Denken, Zwänge oder Identitätsstörungen (Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2016, gemäss welchem die letzte Kontrolle am selben Tag stattgefunden habe [Urk. 7/78/1,

5]). Schliesslich bestanden laut dem von Dr. C.\_\_\_\_ am 15. Mai 2017 erhobenen psychischen Status keine Hinweise auf psychotische Symptome sowie Halluzinationen, Wahn und Ich-Störungen (Urk. 3/6 S. 8). Festzuhalten ist weiter, dass sich der Beschwerdeführer

am 24. Oktober 2014 telefonisch bei der Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin meldete und ihr mit Bezug auf das Schreiben vom 20. Oktober

2014 mitteilte, dass sein behandelnder Arzt Dr. A.\_\_\_\_ sei. Er werde dieses Schreiben mit Dr. A.\_\_\_\_ besprechen. In der Folge informierte der Beschwerdeführer die Beschwerdegegnerin am 18. November

2014 darüber, dass er bei Dr. A.\_\_\_\_ nochmals einen Termin vereinbaren wolle. Ihm sei dort allerdings gesagt worden, dass Dr. A.\_\_\_\_

„ausgebucht“ sei. Er werde noch einmal versuchen, bei Dr. A.\_\_\_\_ einen Termin zu vereinbaren. Ansonsten werde er sich beim Hausarzt melden. Schliesslich sagte er, er werde

die Beschwerde gegnerin wieder darüber informieren, wo er die Behandlung durchführen werde ( Urk. 7/55/1). Nachdem er sich in der Folge jedoch nicht mehr hatte vernehmen lassen, forderte ihn die Beschwerdeführer mit Schreiben vom 15. Januar 2015 auf, ihr den Namen und die Adresse des behandelnden Arztes bekannt zu geben ( Urk. 7/56/1). Am 2. Februar

2015 teilte der Beschwerdeführer wiederum per Telefon mit, dass er die psychiatrische Therapie bei Dr. A.\_\_\_\_ durchführe und nannte dessen Adresse ( Urk.

#### **E. 7**

00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Suat Sert - 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

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