

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00540 vom 5. September 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00540](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00540)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00540 du 5 septembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00540 del 5 settembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1977, war von Juli 2007 bis Juni 2013 bei der Y.\_\_\_\_ als Betriebsangestellte tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 18. April 2013 war (Urk. 6/8).

Unter Hinweis auf Schmerzen sowie eine Depression meldete sich die Versicherte am 17. Mai 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei der Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 16. Oktober 2017 erstattet wurde (Urk. 6/133).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 6/137-138) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 14. Mai 2018

bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine befristete halbe Rente von Januar 2014 bis August 2017 zu (Urk. 6/144 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

### **E. 1.3**

Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 E. 2; ZAK 1984 S. 133 E. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 413 f. E. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (seit 1. Januar 2004: oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 125 f. E. 4a; AHI 2001 S. 159 f. E. 1 und S. 278 E. 1a, 1998 S. 121 E. 1b, ZAK 1990 S. 518 E.

2 mit Hinweis). 1. 4

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 Erwerbsein kommen 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 zu mutbar 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).  
1.

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 1.7**

und Ziff. 1.8). 3.15

Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und med. pract. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.\_\_\_\_, erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 16. Oktober 2017 (Urk. 6/133) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende Diagnosen mit qualitativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 5.1.2): - Spondylose der Halswirbelsäule (HWS) mit ausstrahlenden Schmerzen in den Schulterbereich beidseits und in den Hinterkopf - ohne Hinweise für Radikulopathie - Spondylose im Lendenwirbelsäulen (LWS)-Bereich mit Ausstrahlung ins Gesäss links - ohne Hinweise für Radikulopathie

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie

(S. 6 Ziff. 5.2): - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73), Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (emotional-instabil, dissozial) - Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61), Veränderungen der familiären Struktur in der Kindheit, Probleme mit Bezug auf vermutete körperliche Misshandlung - Kontaktanlässe mit Bezug den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63), ungenügende familiäre Unterstützung, Partnerschaftsprobleme - Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände (ICD-10 Z64), unerwünschte Schwangerschaft und Freigabe zur Adoption - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (ICD-10 Z56), Verlust des Arbeitsplatzes 2013 durch Kündigung - Status nach bilateralen Hallux

valgus -Operationen

Sie führten aus, es bestünden aufgrund der rheumatologischen Diagnosen im Kern nachvollziehbare qualitative Belastungslimitierungen aufgrund der bekannten degenerativen Veränderungen der HWS und BWS. Das Ausmass der subjektiv daraus abgeleiteten Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit sei so jedoch nicht begründbar (S. 6). Bei der jetzigen klinischen Untersuchung habe man keine Hinweise für eine aktive Radikulopathie finden können, mithin keine auslösbaren Schmerzen bei Extension und Lateralflexion des lumbosakralen Axialskeletts, ein negatives Lasèguezeichen und keine objektiven neurologischen Befunde. Die negative Serologie spreche gegen eine entzündliche arthritische Krankheit (S. 7 oben). Die über das somatisch Erklärbare hinausgehende subjektive Beeinträchtigung sei im Rahmen der psychischen Fehlverarbeitung vor dem Hintergrund der diversen psychiatrischen Diagnosen mit primär sozioökonomischen und familiären/persönlichen Hintergründen zu interpretieren. Wie im ausführlichen psychiatrischen Fachgutachten dargelegt, könnten diese Diagnosen ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen (S. 7). Aufgrund der Aktenlage

sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. April 2013, von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. April 2015, von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 17. Februar bis 24. März 2016 (stationär), von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. April 2016 und von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab dem Datum des aktuellen Gutachtens mit gewissen qualitativen Limiten aus somatischer Sicht auszugehen (S. 10). Angepasst seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere sei kein Heben von schweren Lasten mehr als 15 kg empfohlen. Für eine schwere Arbeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig wegen Spondylose am HWS- und BWS-Bereich (S. 11).

#### 4. 4.1

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass die psychiatrische Gutachterin med. pract. B. \_\_\_ bei der Begutachtung aufgrund bestimmter Äusserungen befangen gewesen sei (Urk. 1 S. 5 lit. b, S. 6 lit. c).

Vorliegend fehlt es jedoch an Anhaltspunkten für Befangenheit. Zunächst ist die Stellungnahme der Gutachterin vom 6. Juli 2017 (Urk. 6/120) zu erwähnen, die keine Voreingenommenheit der Gutachterin erkennen lässt. So nahm die Gutachterin explizit Stellung zu den von der Beschwerdeführerin geäusserten Vorwürfen. Dass dem Teilgutachten selber dazu nichts entnommen werden kann (vgl. Urk. 1 S. 7 oben), liegt ausserdem im Umstand, dass dieses bereits am 21. Juni 2017 erstellt wurde (vgl. Urk. 6/133/35-57 S. 2 Ziff. 1.2). Nachvollziehbar und plausibel erscheint, dass die Gutachterin die Beschwerdeführerin auf ihre Ladenausbehebungen angesprochen hat, auch mit Blick auf ein allfälliges Unrechtbewusstsein (Urk. 6/133/35-57 S. 13 unten, S. 19 Mitte). Dass die Beschwerdeführerin dies als unangenehm empfunden haben könnte, ist verständlich, ein unprofessionelles Verhalten der Gutachterin ist jedoch diesbezüglich nicht ersichtlich. Zur zweiten monierten Bemerkung (vgl. Urk. 1 S. 6 lit. c) hat die Gutachterin den Zusammenhang erläutert, in welchem sie erfolgt und zu verstehen sei (Urk. 6/120 Mitte), zudem wurde eine Affektlabilität mit häufigem Weinen beim Bericht über die Ursachen ihres Unglücks auch im Teilgutachten festgehalten (Urk. 6/133/35-57 S. 15 Mitte). Daraus auf eine Befangenheit der Gutachterin zu schliessen, überzeugt nicht. Die Gutachterin ist anlässlich der Exploration sachlich und professionell umgegangen. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin ergibt sich vielmehr der Eindruck, dass die Gutachter

in der Beschwerdeführerin unvorein genommen begegnet ist. Die Feststellungen der Gutachter in erweisen sich daher als begründet. Aus dem Ergebnis der Begutachtung kann jedenfalls nicht auf eine Befangenheit der Gutachter geschlossen werden.

Der Vorwurf der Befangenheit lässt sich daher nicht aufrechterhalten. 4.3

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das bidisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3. 15 ) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E.

1.

## **E. 2**

2. August 2018 ( Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, bei der psychiatrischen Untersuchung sei keine Diagnose festgestellt worden, welche eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Aus rheumatologischer Sicht sei anhand der Vorakten rückblickend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 26. Januar 2013 nachvollziehbar. Bei der Untersuchung selbst sei lediglich noch eine Einschränkung für schwere körperliche Tätigkeiten festgestellt worden. Eine körperlich leichte Tätigkeit, wie die frühere Arbeit der Beschwerdeführerin als Betriebsangestellte in einer Produktionsfirma, sei ihr ab diesem Zeitpunkt (Mai 2017) wieder vollumfänglich zumutbar. Ab September 2017 bestehe somit kein Rentenanspruch mehr (Verfügungsteil 2 S. 1).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die psychiatrische Gutachterin Dr. B.\_\_\_\_ sei befangen. So sei es während der Exploration zu einer mehrfach geäusserten moralischen Verurteilung gekommen (S. 5). Eine Begutachtung, welche interpersonellen Prozessen nicht Rechnung trage, könne nicht als *lege artis* gelten. Von dieser Situation sei vorliegend auszuweichen. Hinzu komme, dass im psychiatrischen Gutachten vom 16. Oktober 2017 die im Juni und Juli 2017 geführte Diskussion zur Befangenheit von Dr. B.\_\_\_\_ nicht einmal thematisiert werde (S. 7 oben). Die Sachverhaltsdarstellung von Dr. B.\_\_\_\_ werde bestritten (S. 7 unten).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen sind die Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens, der Umfang des Rentenanspruchs ab Januar 2014 sowie die Befristung der Rente. 3. 3.1

Die Ärzte des C.\_\_\_\_ berichteten am 30. April 2012 (Urk. 6/21/9-10) über die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und führten aus, die Beschwerdeführerin berichte über episodisch aufgetretenes Übelkeitsgefühl ohne Begleitsymptomatik in Dauer von einer bis vier Stunden mit spontanem Sistieren nach Ausruhen. Im Zusammenhang mit unauffälligem Neurostatus käme differentialdiagnostisch am ehesten ein Migräneequivalent in Frage. Zuletzt sei eine somatoforme Störung bei belastender psychosozialer Situation nicht auszuschliessen.

3.2

Die Ärzte des D.\_\_\_\_ berichteten am 15. Dezember 2012 (Urk. 6/21/44-46) über die psychiatrisch-psychologische Abklärung der Beschwerde der Führerin und nannten folgende Diagnose (S. 1): - rezidivierende gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin beklage seit August 2012, vermehrt unter einer depressiven Verstimmung, Kraftlosigkeit, Ängsten, Schreckhaftigkeit, Nervosität, Gedankenkreisen, Lust- und Interesselosigkeit, Spannungsgefühlen und Existenzängsten zu leiden (S.

1).

Die Störung habe Krankheitswert. Seit dem 12. Oktober 2012 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig. Seit 2008 bestehe eine ambulante Psychotherapie (S. 2).

3.3

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ berichteten am 20. Dezember 2012 (Urk. 6/21/39-43) über das Arbeitsassessment der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende arbeitsrelevante Diagnosen (S. 2): - Zervikozephalosyndrom rechtsbetont - MRI der HWS am 26. Februar 2012: mediale Diskushernie C4/5 mit lokaler Eindellung des Duralsackes und des Rückenmarkes ohne Nervenwurzelkompression - Lumbovertebralsyndrom links - nach lumboradikulärem Reizsyndrom rechts im Februar 2007 - MRI der LWS am 26. Februar 2007: kleine mediolaterale

Diskushernie L4/5 links mit Nervenwurzelkontakt L5

Als andere Diagnosen nannten sie eine depressive Episode nach Scheidung 2008 sowie Knieschmerzen beidseits. Sie führten aus, mit dem Testverfahren könnten hoch repetitive Arm-Handeinsätze während des ganzen Tages, wie sie beim Instrumentenverputzen und der optischen Kontrolle vorkämen, nicht beurteilt werden. Es sei davon auszugehen, dass das arbeitsbezogene relevante Problem vor allem eine verminderte muskuläre Stabilisierung der Wirbelsäule in den Bereichen der Lenden- und oberen Brustwirbel und eine verminderte Kraftausdauer beider Arme seien. Es sei bei den Tests keine Selbstlimitierung festgestellt und keine Inkonsistenzpunkte beobachtet worden (S. 2).

Durch die Kumulation von Beschwerden (Nacken- und Armschmerzen) im Tagesverlauf bestehe eine Leistungsminderung von 20%. Diese könne durch Zusatzpausen aufgefangen werden. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 80% (S. 3). In einer angepassten ganz täglichen leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 4). 3.4

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, berichtete am 29. Januar 2013 (Urk. 6/21/38) und führte aus, er habe der Beschwerdeführerin seit zirka September 2006 einen Arbeitsstellenwechsel empfohlen. Damals seien zum ersten Mal Zervikalgien basierend auf einer muskulären Dysbalance bei Überbeanspruchung aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei seit 2006 nur für eine kurze Zeitspanne (2-3 Tage) und einmalig vom 4. bis 30. März 2008 wegen akutem zervikovertebralem Syndrom

zu 100% arbeitsunfähig gewesen.

3.5

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 10. April 2013 (Urk. 6/4/3-4 = Urk. 6/21/50-51 = Urk. 6/22/21-22) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - reaktive Depression bei - schwerer psychosozialer Belastungssituation mit - somatoformer Schmerzkomponente - funktionellen Beschwerden

- Zerviko-Brachialsyndrom rechts bei - diskreten degenerativen Veränderungen im MRI - Periarthropathie - Beschwerden im Bereich der rechten Schulter - einseitiger Arbeitsbelastung rechts - zerviko-spondylogenes und lumbo-vertebrales Syndrom bei - nur diskreten degenerativen Veränderungen - vorerwählter Belastungssituation

Er führte aus, für den Leidensdruck der Beschwerdeführerin seien die fassbaren somatischen Befunde im Hintergrund. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen dem glaubhaften ausgeprägten subjektiven Leidensdruck und den äusserst diskreten fassbaren Befunden. Sicher bleibe aber die belastete Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin geeignet, eine reaktive Depression mit begleitend somatoformen Beschwerden auszulösen (S. 1). Die fassbaren muskulären Veränderungen paravertebral und im Trapeziusbereich

blieben äusserst gering. Weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten bestünden Hinweise auf ein sensomotorisches radikuläres Ausfallmuster. In der ergänzend durchgeführten Ultraschalluntersuchung der Schultern fehlten Hinweise für Rotatorenmanschettenläsionen, für Calcareaeinlagerungen oder für eine subacromiale oder subdeltoideale Bursitis. Zum beschränkten Wert der fassbaren Bewegungsapparatsbeschwerden passe gut, dass weder Schmerzmedikamente noch Physiotherapie das Beschwerdeausmass richtig zu lindern vermöchten (S. 2). 3.6

Dr. med.

H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 30. April 2013 (Urk. 6/22/19-20) und führte aus, die Beschwerdeführerin leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.11, ICD-10 F33.2), die auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) liege und von intensiven Nacken- und Kopfschmerzen, welche ihre Ursachen in der Wirbelsäulenänderung hätten, begleitet würden. Die Beschwerdeführerin stehe seit dem 26. Januar 2013 in seiner Behandlung. Sie sei niedergeschlagen, innerlich angespannt, sehr ängstlich, leide unter starken Versagens- und Schamgefühlen sowie Zukunftsängsten. Dazu habe sie starke Konzentrationsschwierigkeiten und zeige Tendenz zum sozialen Rückzug. Wegen der Schmerzen sei sie rasch müde, könne trotzdem nicht ruhig schlafen. Aus diesem Grund sei sie bei der Arbeit verlangsamt, mache wegen der Konzentrationsschwierigkeiten viele Fehler, werde rasch erschöpft und brauche häufig Erholungspausen. Der Zustand habe sich trotz der bisherigen Therapie nicht gebessert. Im Gegenteil zeige sich eine Tendenz zur Verschlechterung, so dass die Beschwerdeführerin für eine stationäre Behandlung in der

I.\_\_\_\_ angemeldet worden sei. Die Beschwerdeführerin werde medikamentös und psychotherapeutisch behandelt (S. 1). Seit dem Beginn der Behandlung am 26. Januar 2013 bis zum 21. April 2013 sei die Beschwerdeführerin zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 22. April 2013 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es sei ungewiss, wie sich der gesundheitliche Zustand entwickeln werde. Jedoch sei zu erwarten, dass sich die Beschwerdeführerin wieder erhole und wieder eine Arbeit übernehmen können (S. 2). 3.7

Die Ärzte der I.\_\_\_\_ berichteten am 30. Juli

2013 ( Urk. 6/21/52-54) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 16. Juni bis 12. Juli 2013 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Kopfschmerzen - zervikospondylogenes und lumbovertebrales Syndrom - Zervikobrachialsyndrom rechts bei - diskreten degenerativen Veränderungen im MRI - Periarthropathie -Beschwerden im Bereich der rechten Schulter - einseitiger Arbeitsbelastung rechts

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich in die stationären Abläufe gut integriert und habe zu Beginn am meisten von aktiven Therapien profitiert. Medizinischerseits sei eine Therapie mit 5 mg Cipralext begonnen worden. Der restliche internistische Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (S. 2).

Neben deutlichen, wiederholten und länger anhaltenden Belastungssituationen in den Partnerschaften hätten sich deutliche Hinweise für Selbstwertstabilisierung durch Leistung, nicht ausreichende Selbstsorge mit Mühe, eigene Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen und vor allem zu kommunizieren, ergeben. Ebenso hätten sich Schwierigkeiten gezeigt, Emotionen ausreichend zu regulieren. Es werde die Fortführung von Physiotherapie, Gestaltungstherapie und Psychotherapie im ambulanten Setting empfohlen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Juli 2013 (S. 3). 3.8

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 20. Januar 2014 ( Urk. 6/17) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) - ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - chronifiziertes

zervikobrachiales Syndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen - Kopfschmerzen

Er führte aus, beim letzten Gespräch sei die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar, voll orientiert, innerlich angespannt, im Antrieb vermindert, sehr ängstlich, immer erschöpft gewesen. Im Denken sei sie sehr eingeengt und ausschliesslich mit ihren Beschwerden und der entstandenen Situation beschäftigt gewesen. Zweitweise seien Konzentrationsschwierigkeiten vorhanden gewesen. Die Prognose sei ungewiss. Es handle sich um eine rezidivierende, langandauernde psychische Störung, die sich bis jetzt als therapieresistent erwiesen habe (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin werde medikamentös und psychotherapeutisch behandelt (S. 2 Ziff. 1.5). Seit dem Beginn der Behandlung am 26. Januar 2013 bis zum 21. April 2013 sei die Beschwerdeführerin zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 22. April 2013 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.6). Bei der Arbeit sei sie psychomotorisch verlangsamt, habe keine Ausdauer, mache wegen der Konzentrationsschwierigkeiten viele Fehler, ziehe sich rasch zurück und brauche häufige Erholungspausen von unvorhergesehener Dauer. Im Moment sei die Beschwerdeführerin weder in ihrem Beruf noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.7).

3.9

Med. pract. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 23. März 2014 ( Urk. 6/21/6-8), nannte die bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1) und führte aus, die therapeutischen Bemühungen bei ihm bestünden in der Begleitung und Unterstützung der

Beschwerdeführerin im Alltag und bei der Schmerzverarbeitung. Die Arbeitsunfähigkeit werde zurzeit aufgrund der psychiatrischen Diagnosen durch den behandelnden Psychiater festgelegt. Eine Prognose sei schwer zu stellen, es sei aber eher mit einer anhaltenden Teilarbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 2). 3.10

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete erneut am 6. November 2014 (Urk. 6/34), nannte die bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe die vorgeschriebenen Medikamente eingenommen und sei regelmässig zu den psychotherapeutischen Gesprächen gekommen. Durch die ganze Zeit sei sie in ihrer Stimmung sehr labil gewesen. Trotz der durchgeführten Therapie seien die depressiven Symptome vorhanden gewesen. Deswegen sei sie zur intensiveren psychiatrischen Behandlung in die K.\_\_\_\_ überwiesen worden. Nach dem sie in etwas gebessertem Zustand entlassen worden sei, sei die ambulante Behandlung bei ihm fortgesetzt worden. Sie sei jedoch weiterhin psychisch instabil. In der letzten Zeit hätten sich die körperlichen Beschwerden wieder intensiviert (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin leide unter intensiven Schmerzen, depressiver Verstimmung mit Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, rascher Ermüdbarkeit und der Tendenz zum sozialen Rückzug (S. 2 Ziff. 1.7). 3.11

Die Ärzte der K.\_\_\_\_ berichteten am 25. November 2014 (Urk. 6/38/7-8) über die tagesklinische Behandlung der Beschwerdeführerin vom 3. April bis 3. Juli 2014 und führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich sehr motiviert gezeigt, sich mit der eigenen Problematik auseinanderzusetzen. Die zu Beginn zu beobachtende depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Behandlung schrittweise zurückbilden können, so dass sich die Beschwerdeführerin am Ende der Behandlung subjektiv als offener und ausgeglichener erlebt habe. 3.12

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 5. Februar 2015 (Urk. 6/47) und führte aus, die Beschwerdeführerin könnte seiner Meinung nach für einen Spitex - Dienst umgeschult werden. Die Beschwerdeführerin möchte selber gerne auf diesem Gebiet eine Tätigkeit ausüben und erhalte sie nach einer Umschulung für diese Aufgabe fähig. Sie könnte ab dem 1. März 2015 zwei Stunden täglich eine Beschäftigung ausüben, nach einem weiteren Monat vier Stunden. Sie könne nur physisch leichtere Aufgaben ausüben (S. 1). Die Intensität der körperlichen Beschwerden oszilliere sehr stark. Es sei klar, dass solche Beschwerden zeitweise nachlassen würden, aber sich wieder intensivieren könnten. Phasenweise seien diese auch sehr limitierend, was die Arbeitsfähigkeit betreffe (S. 2). 3.13

Die Ärzte der

L.\_\_\_\_ berichteten am 25. Mai 2016 (Urk. 6/88) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 17. Februar bis 24. März 2016 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Sie führten aus, während des Gesprächs bestünden Hinweise für Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Das formale Denken erscheine leicht verlangsamt, kohärent, geordnet und nachvollziehbar. Affektiv sei sie sehr traurig, deprimiert und eingeschränkt schwingungsfähig. Der Antrieb sei reduziert, psychomotorisch sei sie unauffällig. Es bestehe eine konstruktive Symptomatik mit Entfremdungserleben, Depersonalisation,

Kraft- und Energielosigkeit, Konzentrationstörungen, Gefühle der inneren Leere, Lustlosigkeit und eine fehlende Zukunftsperspektive (S. 3).

Die Durchhaltefähigkeit bei der Ausführung von Aufgaben sei schwankend gewesen, teilweise seien erhebliche Beeinträchtigungen in Konzentration und Ausdauer vorgelegen. Aktuell bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung mit rascher Erschöpfbarkeit. Während der ganzen Zeit der stationären Behandlung habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die störungsspezifische Therapie führe zu einer langsamen, aber derzeit noch nicht hinreichenden Symptomverbesserung. Die komplexe psychiatrische Erkrankung erfordere eine zeitlich längere und intensive Therapie (S. 5). Entsprechend dem gesamten klinischen Eindruck sei die Beschwerdeführerin derzeit eingeschränkt arbeits- und leistungsfähig. Die Beschwerdeführerin trete auf eigenen Wunsch vorzeitig in die angestammten häuslichen Verhältnisse aus. Die ambulante Therapie erfolge bei Dr. H.\_\_\_\_ (S. 6). 3.14

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 6. September 2016 (Urk. 6/93), nannte die bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1) und führte aus, in den Gesprächen sei die Beschwerdeführerin stets depressiv, innerlich angespannt, im Antrieb reduziert und sehr ängstlich. Die ambulante Behandlung sei nach dem Klinikaufenthalt in der L.\_\_\_\_ fortgesetzt worden und es sei danach auch zu einer Besserung ihres psychischen Zustandes gekommen, als sie den Kontakt zu ihrer zur Adoption gegebenen Tochter gefunden habe. Obwohl die psychischen Schwankungen weiterbeständen und zeitweise die Schmerzen stark seien, habe sich der Zustand in den letzten Monaten etwas stabilisiert. Beim letzten Gespräch sei die Beschwerdeführerin für ihre psychischen Probleme und ihre Lebenssituation zugänglicher gewesen. Sie sei affektiv ausgeglichener und in ihrem Selbstwertgefühl nicht mehr so stark beeinträchtigt. Die Prognose scheine im Moment besser zu sein. Obwohl die depressiven und Angstsymptome sowie die körperlichen Beschwerden noch vorhanden seien, sei die Beschwerdeführerin motiviert, eine Umschulung zu machen und die Wiedereingliederung ins Berufsleben zu verwirklichen (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin werde seit dem Austritt aus der Klinik ausschliesslich psychotherapeutisch behandelt. Wegen ihren Beschwerden sei die Beschwerdeführerin zu 75 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.7). In ihrem Beruf sei sie nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.7). Die Beschwerdeführerin könnte nach einer Umschulung eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 50 % ausüben (S. 3 Ziff.).

## **E. 5**

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 rentenbegünstigenden 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. BGE 144 V 50 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).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

## **E. 6**

) vollumfänglich entspricht, weshalb für die Entscheidungsfindung

darauf abgestellt werden kann. So erweist es sich als für die strittigen Belange umfassend, werden die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand sowie Arbeitsfähigkeit ausführlich begründet und beruht es auf den notwendigen Untersuchungen in rheumatologischer sowie psychiatrischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befundaufnahme. Dabei wurden die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt und das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet. Der konkreten medizinischen Situation trägt es angemessene Rechnung. 4. 4

So legten die Gutachter in somatischer Hinsicht (Urk. 6/133/27-34) in nachvollziehbarer Weise dar, dass die Beschwerdeführerin glaubwürdig über mechanische Schmerzen im HWS- und BWS-Bereich berichtet, welche durch die bekannten degenerativen Veränderungen plausibel erklärt sind. Es konnten aktuell keine Hinweise für eine aktive Radikulopathie gefunden werden (S. 6). Für körperlich schwere Tätigkeiten besteht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Diagnosen und Befunde, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen ohne Heben von schweren Lasten von mehr als 15 kg begründen, konnten dagegen nicht dokumentiert werden (S. 7)

Ziff.

## **E. 6.2**

und Ziff.

## **E. 6.6**

).

Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden liessen sich somatisch nicht hinreichend erklären (S. 7 Ziff. 6.5) . 4.5

Aus psychiatrischer Sicht überzeugt die gutachterliche Beurteilung ( Urk. 6/133/35-57)

ebenfalls. So konnte anlässlich der Begutachtung weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine chronische Schmerzstörung, hingegen eine affektive Störung im Sinne der Dysthymia als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden. Die genannten Diagnosen wurden unter Berücksichtigung der Schilderungen der Beschwerdeführerin sowie des erhobenen Befundes ausführlich und in schlüssiger Weise anhand der ICD-Kriterien verneint (S. 18 f.) .

Zu den divergierenden Ansichten wurde ebenfalls Stellung genommen und insbesondere plausibel begründet,

weshalb keine Traumadiagnose zu stellen sei (S. 19 f.). Die Diskrepanz der Schwere der zu objektivierenden Depressivität wurde ebenfalls erwähnt ( S. 20, S. 21 Ziff. 6.6). Dass aufgrund der psychosozialen Problematik eine Schmerzexazerbation und verstärkte Schmerzwahrnehmung wahrscheinlich erscheint, ist nachvollziehbar (S. 20 unten).

4.6

Die Frage der Arbeitsfähigkeit ist bei

allen psychischen Leiden grundsätzlich in einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu prüfen ( BGE 143 V 418 E.

## **E. 7**

Zusammenfassend steht der Sachverhalt dahingehend fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin krankheitsbedingt in dem gutachterlich attestierten Umfang (vgl. vorstehend E. 3.1 5 ) eingeschränkt ist, mithin ab dem Datum des aktuellen Gutachtens

lediglich noch mit gewissen qualitativen Limiten aus somatischer Sicht. Als angepasst werden leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen bezeichnet , insbesondere sei kein Heben von schweren Lasten von mehr als 15 kg empfohlen. Für eine schwere Arbeit ist die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig . 4.8

Zum Einwand der Beschwerdeführerin, es sei ab April 2013 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und somit ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente ausgewiesen ( Urk. 1 S. 8 unten ) , bleibt anzumerken, dass mit der Begründung der Beschwerdegegnerin die früher gestellten psychiatrischen Befunde und Diagnosen von der Z.\_\_\_\_-Gutachterin nicht bestätigt werden konnten (vgl. Urk. 6/133/35-57 S. 19 f.). In der interdisziplinären Zusammenfassung des Z.\_\_\_\_-Gutachtens ( Urk. 6/133/1-26) wurde ausdrücklich erwähnt, dass die Dokumentation der Arbeitsunfähigkeiten in den Akten sowohl diagnostisch als auch in Bezug auf die daraus resultierende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht restlos schlüssig sei. Die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit beziehe sich einerseits auf somatische und andererseits auf psychiatrische Faktoren , wobei die damaligen Diagnosen so aktuell nicht mehr bestätigt werden könnten (S. 10 f. ). Die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. April 2013 ist nach dem Gesagten

nicht schlüssig nachvollziehbar, zumal aufgrund eines fehlenden traumatisierenden Ereignisses die damals gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von der Gutachterin nicht bestätigt wurde (vgl. Urk. 6/133/35-57 S. 20). Auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wurde von der Gutachterin nicht bestätigt, vielmehr ging diese davon aus, dass die Persönlichkeitsakzentuierung reaktiv immer wieder zu affektiven Schwankungen im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) führe (S. 19). Die Stimmungsschwankungen würden jeweils kurz andauern und hätten sich immer wieder in belastenden Lebenssituationen gefunden (S. 19 f.).

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, auch ab dem 22. April 2013 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, erscheint gestützt auf obige Ausführungen nachvollziehbar und ist nicht zu bemängeln.

Die angefochtene Verfügung vom 14. Mai 2018 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

#### **E. 9**

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann Schüpbach

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