

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00416 vom 3. August 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00416

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00416 du 3 août 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00416 del 3 agosto 2022

Erwägungen

E. 1

Die 1959 geborene X.____, welche eine Ausbildung als Tierpflegerin und als Pflegehelferin SRK absolviert hatte und zuletzt als Pflegehelferin SRK in einem 80 %-Pensum tätig war (Urk. 6/2/15, Urk. 6/10/1 -3 und Urk. 6/12), meldete sich am 10. Juli 2018 unter Hinweis auf eine seit dem 15. Februar 2018 bestehende, psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen an (Urk. 6/3). Die IV-Stelle tätigte medizinische und beruflich-erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei. Anlässlich des Gesprächs vom 24. Oktober 2018 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, das Arbeitsverhältnis sei per 31. Dezember 2018 gekündigt worden. Ein Arbeitsversuch sei gar nicht möglich, sie fühle sich absolut arbeitsunfähig (Urk. 6/15). Gleichen tags teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit nicht möglich. Es werde die Rentenprüfung eingeleitet. Ein Rentenantrag könne jedoch erst nach einem Jahr Wartezeit beziehungsweise frühestens sechs Monate nach Eingang der Anmeldung entstehen (Urk. 6/16). Die IV-Stelle zog die Akten der Krankentaggeldversicherung erneut bei und tätigte weitere medizinische Abklärungen. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 3. April 2020 [Urk. 6/35]) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 29. Mai 2020 ab (Urk. 2 [= Urk. 6/37]).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

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. 1.4

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 145 V 215 E. 5.1, 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.5

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).

E. 1.6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen

des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungswissenschaftlichen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gemäss den Abklärungen könne nicht von einer anhaltenden oder gar rezidivierenden mittelgradigen Depression ausgegangen werden. Aus keinem der Berichte gehe hervor, dass die notwendigen Kriterien dafür erfüllt seien. Die neu genannte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und leistungsabhängigen Zügen sei nicht mittels der üblichen Diagnosekriterien hergeleitet worden und könne auch aufgrund der früheren langjährigen Anstellung nicht klar nachvollzogen werden. Der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sei bei fehlendem Trauma ebenfalls nicht plausibel. Es sei keine langanhaltende, IV-relevante gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber wurde in der Beschwerde vom 23. Juni 2020 geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin habe in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes den medizinischen Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt, sie habe sich bloss auf den RAD-Arztbericht gestützt, welcher sämtlichen Einschätzungen der behandelnden Ärzte und auch einem vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten widerspreche, und es sei die Einholung eines externen mono- eventuell interdisziplinären medizinischen Gutachtens erforderlich. Die RAD-Aktenbegutachtung widerspreche allen sich im Dossier befindlichen medizinischen Berichten. Die RAD-Ärztin habe Begriffe verwendet («unklar», «fraglich»,

«nicht nachvollziehbar»), welche zum Ausdruck brächten, dass die medizinische Situation nicht geklärt sei und darum zwingend mit einem Gutachten zu klären wäre. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerdegegnerin aufgrund dieser Situation habe zum Schluss kommen können, auf eine Begutachtung könne verzichtet werden. Indem die Beschwerdegegnerin festhalte, es sei keine langanhaltende IV-relevante gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, verfare sie so, als ob die Versicherte eine Beweisführungslast träge. Dies sei unzulässig (Urk. 1).

E. 3

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. März 2020 fest (Urk. 6/36/6-8), im Bericht von Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Juli 2018, worin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) diagnostiziert worden sei, finde sich ein magerer psychopathologischer Befund (Erschöpfung, körperliche Symptome, Schlafstörung, Müdigkeit, Konzentrationsprobleme und Zukunftsängste). Dieser stütze sich vor allem auf die Angaben der Versicherten. Es sei sodann berichtet worden, es bestehe eine gute Tagesstruktur. Darin könne keine mittelgradige depressive Symptomatik erkannt werden. Dem Standortgespräch vom 22. August 2018

sei überdies zu entnehmen, dass die Versicherte, welche als Pflegehelferin SRK tätig gewesen sei, vor der Krankschreibung eine demenzkranke Person betreut (von 10.00-20.00 Uhr) und eine Mitarbeiterin Mobbing betrieben habe. Med. pract.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe in seiner psychiatrischen Beurteilung zuhanden der Krankentaggeldversicherung eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), einen Alkoholabusus (ICD-10 F10.1) sowie eine Persönlichkeitsstruktur mit sehr leistungsbereiten und zur Überforderung tendierenden Zügen (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert. Im Laufe des letzten Jahres (der Arbeitstätigkeit) sei es vermehrt zu einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz in der Betreuung einer Patientin gekommen. Dabei sei die Versicherte permanent von einer Mitarbeiterin in der Pflege kritisiert und schikaniert worden. Im Februar 2018 sei die Versicherte dekompenziert. Die RAD-Ärztin führte dazu aus, dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) sei zu entnehmen, dass die Versicherte häufig arbeitslos gewesen sei. Gemäss Arztbericht von med. pract. C.____ (Fachärztin für Innere Medizin) vom 26. September 2018 sei die Versicherte am Arbeitsplatz immer wieder gescheitert. Mit den Angaben, dass die Versicherte während der akuten Krankheitsphase vermehrt Alkohol konsumiert habe, könne eine grundlegende Alkoholproblematik nicht ausgeschlossen werden. Im Arztbericht vom 31. Juli 2018 (recte: 1. Februar 2019) habe Dr. A.____ dieselbe Diagnose wie im Bericht vom 31. Juli 2018 gestellt und festgehalten, der Befund sei unverändert. Im Austrittsbericht der Klinik D.____ AG vom 25. April 2019 über die Hospitalisation vom 20. Februar bis 10. April 2019 seien die folgenden Diagnosen gestellt worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Burn-out; ICD-10 Z73),

Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2). Als neuropsychologische Diagnose sei eine minimale kognitive Störung, wahrscheinlich im Rahmen der Depression sowie in Folge des Status nach schädlichem Alkoholkonsum, aufgeführt worden. Die RAD-Ärztin kommentierte, der psychopathologische Befund zeige

keinesfalls eine mittelgradige depressive Symptomatik gemäss ICD-10-Kriterien. Unklar sei, wie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung entstanden sei; die Versicherte habe zwar über ein Burn-out im Jahr 2007 berichtet, nicht aber über eine Depression. Auch der psychopathologische Befund im Bericht der Klinik D.____ AG vom 14. Juni 2019 zeige keine mittelgradige depressive Symptomatik gemäss ICD-10-Kriterien. Dr. med.

E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe in seinem Bericht vom 12. Dezember 2019 die Diagnosen mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (Erst diagnose 2016, ICD-10 F32.11), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und leistungsabhängigen Zügen (Erstdiagnose 2019, ICD-10 F61.0), Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung, gestellt. Zu diesem Bericht führte die RAD-Ärztin aus, es sei unklar, wie der Psychiater beurteilen könne, dass die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin körperlich zu streng sei. Im psychopathologischen Befund könne keine mittelgradige depressive Symptomatik gemäss ICD-10-Kriterien erkannt werden. Wahrscheinlich habe der Behandler die Depressions-Diagnosen von der früheren behandelnden Ärztin, Dr. A.____, übernommen. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung sei nicht gemäss ICD-10-Kriterien hergeleitet worden und widerspreche der früheren langjährigen Anstellung sowie der psychiatrischen Beurteilung von med. pract. B.____ vom 23. August 2018. Zudem sei fraglich, was eine leistungsabhängige Persönlichkeitsstörung genau sein solle. Die Möglichkeit einer posttraumatischen Belastungsstörung sei bei fehlendem Trauma absolut nicht nachvollziehbar. Zusammenfassend führte die RAD-Ärztin aus, es könne nicht von einer anhaltenden oder gar rezidivierenden mittelgradigen Depression ausgegangen werden, aus keinem der Berichte gehe hervor, dass die entsprechenden ICD-10-Kriterien erfüllt seien. Depressive Einbrüche bei psychosozialen Belastungen seien nachvollziehbar und als normalpsychologische Reaktion aufzufassen. Aufgrund der verschiedenen Angaben wäre ein Burn-out-Syndrom (ICD-10 Z73), eventuell eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43) bei Mobbing möglich. Ein langanhaltender Gesundheitsschaden sei daher aktuell nicht ausgewiesen.

E. 4.1

mit Hinweisen). Nachdem die Einschätzung der RAD-Ärztin zu überzeugen vermag, sind keine weiteren Abklärungen vorzunehmen. Hierbei ist anzumerken, dass im Beschwerdeverfahren nach dem Ableben der Versicherten bloss noch eine weitere medizinische fachärztliche Aktenbeurteilung in Frage gekommen wäre. Sämtliche Vorbringen, welche auf eine Begutachtung der Versicherten abzielen, gehen daher ins Leere. Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass sich die von der RAD-Ärztin verwendeten Begriffe «unklar», «fraglich», «nicht nachvollziehbar» nicht auf die medizinische Situation beziehen, sondern auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte.

E. 4.2

Dass die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung

nicht erfüllt sind, steht ausser Frage. Eine frühere depressive Episode ist nicht ausgewiesen. Zum einen liegen keine entsprechenden ärztlichen Berichte vor, zum anderen berichtete die Versicherte selbst von einem «Burn-out» im Jahr 2007 (Urk. 6/24/2) und einem beinahe erlittenen «Burn-out» im Jahr 2014 (Urk. 6/24/1).

E. 4.3

Med. pract .

B.____ verneinte das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Die Persönlichkeitsstruktur mit sehr leistungsbereiten, zur Überforderung disponierenden Zügen erreiche nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung, nehme aber im Rahmen des Überlastungsgeschehens und der Krankheitsentwicklung Einfluss (Urk. 6/13/7). Dr. E.____ stellte im Widerspruch dazu die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und leistungs abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0). Die RAD-Ärztin machte zu Recht auf diesen Widerspruch aufmerksam und fügte an, die kombinierte Persönlichkeitsstörung sei nicht gemäss den ICD-10-Kriterien hergeleitet worden und widerspreche der früheren langjährigen Anstellung. Zudem sei fraglich, was eine leistungsabhängige Persönlichkeitsstörung genau sein solle (Urk. 6/36/7). Eine entsprechende Klassifikation findet sich in den klinisch-diagnostischen Leitlinien denn auch nicht (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O. , S. 276-289). Auch die von Dr. E.____ gestellte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung lässt sich nicht nachvollziehen. Eine solche hätte sich definitionsgemäss innerhalb von sechs Monaten nach dem angeblich erlittenen Trauma und somit in der Kindheit oder Jugendzeit der Versicherten entwickeln müssen . Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, das heisst solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, wären unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 208).

E. 4.4

In Bezug auf den Umstand, dass die behandelnden Ärzte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten, ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen , dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 4.5

Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_7 01/2018 vom 28. Februar 2019 E.

E. 4.6

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine anhaltende gesundheitliche Beeinträchtigung und somit keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit der verstorbenen Versicherten ausgewiesen.

E. 5

Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 6

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der BeschwerdeführerIn aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der BeschwerdeführerIn auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jan Herrmann - 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
Vogel
Muraro

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