

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01008 vom 27. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01008 du 27 janvier 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01008 del 27 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 20. Juni 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG und der IVV im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) unmittelbar bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1 IVG).

1.3 Nach Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

Behandlung des Leidens an sich ist rechtlich jede medizinische Vorkehr, sei sie auf das Grundleiden oder auf dessen Folgeerscheinungen gerichtet, solange labiles pathologisches Geschehen vorhanden ist (BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen; AHI 2003 S. 104 Erw. 2, 2000 S. 64 Erw. 1, S. 295 Erw. 2a und S. 298 Erw. 1a je mit Hinweisen).

Die operative Behandlung des grauen Stars ist nach ständiger Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht auf die Heilung labilen pathologischen Geschehens gerichtet, sondern zielt darauf ab, das sonst sicher spontan zur Ruhe gelangende und alsdann stabile oder relativ stabilisierte Leiden durch Entfernung der trüb und daher funktionsuntüchtig gewordenen Linse zu beseitigen (BGE 105 V 150 Erw. 3a, 103 V 13 Erw. 3a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen IV-Stelle des Kantons Zürich vom 7. August 2006, I 878/05 und in Sachen X. und SUPRA Krankenkasse vom 24. Juli 2003, I 29/02; AHI 2000 S. 295 Erw. 2b und S. 299 Erw. 2a).

1.4 Wesentlich im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG ist der durch eine Behandlung erzielte Nutzeffekt nur dann, wenn er in einer bestimmten Zeiteinheit einen erheblichen absoluten Grad erreicht (BGE 98 V 211 Erw. 4b). Durch die medizinischen Massnahmen soll in der Regel innerhalb einer gewissen Mindestdauer eine gewisse Mindesthöhe an erwerblichem Erfolg erwartet werden können. Inwieweit der voraussichtliche Eingliederungserfolg noch als wesentlich bezeichnet werden kann, lässt sich nicht generell sagen, sondern ist aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalles zu entscheiden. Dabei werden Massnahmen, die nur eine geringfügige Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bewirken, von der Invalidenversicherung nicht übernommen. Es muss vorausgesetzt werden, dass eine noch bedeutende Erwerbsfähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt wird; denn das Gesetz sieht im Rahmen von Art. 12 IVG keine Massnahme vor, um einen kleinen und unsicheren Rest von Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Die Frage nach der Wesentlichkeit des Eingliederungserfolges hängt ferner ab von der Schwere des Gebrechens einerseits sowie von der Art der von der versicherten Person ausgeübten bzw. im Sinne bestimmlicher Eingliederung in Frage kommenden Erwerbstätigkeit andererseits. Persönliche Verhältnisse der versicherten Person, die mit ihrer Erwerbstätigkeit nicht zusammenhängen, sind dabei nicht zu berücksichtigen (BGE 122 V 80 Erw. 3b/cc; AHI 2000 S. 298 Erw. 1b mit Hinweisen).

Dauernd im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG ist der von einer medizinischen Eingliederungsmassnahme zu erwartende Eingliederungserfolg, wenn die konkrete Aktivitätserwartung gegenüber dem statistischen Durchschnitt nicht wesentlich herabgesetzt ist (BGE 124 V 37 Erw. 4b/aa). Wegen der tatsächlichen medizinisch-prognostischen Möglichkeiten ist der Eingliederungserfolg bei jüngeren Versicherten als dauernd zu betrachten, wenn er wahrscheinlich während eines bedeutenden Teils der Aktivitätserwartung erhalten bleiben wird. Diesbezüglich kann derzeit auf die Angaben in der 5. Auflage der Barwerttafeln Stauffer/Schaetzle (Zürich 2001) abgestellt werden, welche auf den tatsächlichen Erfahrungen der Invalidenversicherung beruhen (BGE 124 V 37 Erw. 4b/aa, 104 V 83 Erw. 3b je mit Hinweisen; AHI 2000 S. 298 f. Erw. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen R. vom 10. April 2006, I 374/04, Erw. 4.4.1).

Die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs ist dann in Frage gestellt, wenn erhebliche krankhafte Nebenfunde vorliegen, die ihrerseits geeignet sind, die Aktivitätserwartung der versicherten Person trotz der Operation gegenüber dem statistischen Durchschnitt wesentlich herabzusetzen. Diesfalls vermögen die medizinischen Vorkehren bezüglich Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit für sich alleine den Eingliederungserfolg nicht zu gewährleisten. Ob der Eingliederungserfolg dauerhaft und wesentlich sein wird, muss medizinisch prognostisch beurteilt werden.

Dafür ist der medizinische Sachverhalt vor den fraglichen Operationen in seiner Gesamtheit massgebend (vgl. BGE 110 V 101 Erw. 2 mit Hinweis, AHI 2000 S. 299 Erw. 2b mit Hinweisen, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] in Sachen S. A vom 7. August 2006, I 878/05, Erw. 2.1).

1.5 Es ist nicht notwendig, dass die Verwaltung die Bedeutung der Nebenbefunde im Hinblick auf den Eingliederungserfolg bis in alle Einzelheiten abklärt. Dies entbindet sie indessen nicht davon, vom Arzt die zur Beurteilung unerlässlichen Angaben zu beschaffen. Namentlich ist zu verlangen, dass der Arzt sämtliche allfällig bestehenden krankhaften Nebenbefunde anführt und - soweit ohne spezielle Abklärungen möglich - zu Art und Intensität ihrer vermutlichen Auswirkungen auf den voraussichtlich zu erwartenden Eingliederungserfolg Stellung nimmt (BGE 101 V 99 Erw. 3a).

E. 2

2.1 Streitig und zu präzisieren ist die Kostenübernahme der am 1. Februar 2006 durchgeführten Katarakt-Operation am rechten Auge.

2.2 Die Beschwerdeführerin lehnte gestützt auf die Beurteilung des Regionalärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Urk. 6/55/1 und Urk. 6/65/1-2) eine Kostenübernahme ab mit der Begründung, es bestehe ein Verdacht auf rezidivierende primäre Iritiden mit Ausbildung einer Sekundärkatarakt. Im Zusammenhang mit den wiederkehrenden Entzündungen sei der Eingliederungserfolg erheblich gefährdet (Urk. 2 S. 1). Es werde zwar lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt, die augenärztliche Problematik beschränke sich jedoch nicht auf eine reine Katarakt. Vielmehr würden aus der diagnostisch nicht abschliessend zu klärenden Situation therapeutische Konsequenzen gezogen (Urk. 2 S. 2).

2.3 Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, die operative Behandlung des grauen Stars (Katarakt) gelte nach ständiger Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts als Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 IVG. Die Ursache der Katarakt sei dabei unmassgeblich (Urk. 1 S. 3 Ziff. IV.1). Gemäss Dr. Y. ___ liege zwar ein Verdacht auf rezidivierende primäre Iritiden vor, dies vermöge jedoch den Erfolg der Eingliederungsmassnahme nicht zu gefährden. Rechtlich sei nicht entscheidend, ob tatsächlich Nebenbefunde beständen, sondern allein, ob diese im Zeitpunkt der Operation medizinisch-prognostisch die Wesentlichkeit und Dauerhaftigkeit des beruflichen Eingliederungserfolges erheblich beeinträchtigten (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4 und Ziff. 6). Es fehle vorliegend der Beweis, dass der Eingliederungserfolg der Behandlung aufgrund der Nebendiagnosen erheblich gefährdet sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 7).

E. 3

3.1 Der behandelnde Augenarzt Dr. med. Y. ___, Augenarzt FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2004 eine beidseitige präsenile Katarakt, links stärker als rechts (Urk. 6/9), nachdem er am 7. Dezember 2004 die präsenile Katarakt erst beim linken Auge festgestellt hatte (Urk. 6/12/3). Am 2. Februar 2006 werde die Kataraktoperation am linken Auge durchgeführt (Urk. 6/9).

3.2 In seinem Bericht vom 5. Oktober 2005 erachtete Dr. Y. ___ aufgrund eines Verdachts auf eine Low-Grade Endophthalmitis nach Kataraktoperation links eine Tropfen-Therapie betreffend das linke Auge als notwendig, wobei er sich derzeit zur Dauer nicht äussern könne. Nebenbefunde würden nicht vorliegen (Urk. 6/17). Am 30.

November 2005 hielt Dr. Y.____ fest, dass der Beschwerdeführer als Folge der Kataraktoperation links eine intraoculare Entzündung erlitten habe, die nun weiterbehandelt werden müsse (Urk. 6/20).

3.3 PD Dr. med. Dr. phil. Z.____, Leitender Arzt a.i., sowie Dr. med. A.____, Assistenzarzt, Augenklinik des Universitätsspitals B.____ (B.____), nannten in ihrem Bericht vom 13. Dezember 2005 folgende Diagnosen (Urk. 6/62 S. 1):

- Beidseits Verdacht auf rezidivierend primäre Iritiden mit
- Ausbildung einer Sekundärkatarakt
- aktuell leichtgradigem Reizzustand anterior links
- reizfreien Verhältnissen rechts
- Hinterkammerlinsen-Pseudophakie links

Die Befunde würden eher nicht für eine Low-Grade Endophthalmitis links sprechen. Als Ursache des geringgradigen Reizzustandes links dürfte eher eine wenig aktive primäre Iritis in Frage kommen. Die ausgeprägte hintere Schalentrübung am rechten Auge sei ohne Auffälligkeiten in der Anamnese ungewöhnlich. Als Ursache für die Ausbildung der Katarakt rechts könnte eine beidseits rezidivierend auftretende primäre Iritis in Frage kommen. Als langfristige Therapie empfahlen Dr. Z.____ und Dr. A.____ für das linke Auge lokale Steroide, beispielsweise Maxidex oder Predforte-AT (Urk. 6/62 S. 1). Des Weiteren sei eine baldige Kataraktoperation am rechten Auge sinnvoll (Urk. 6/62 S. 2).

3.4 In ihrem Bericht vom 22. Dezember 2005 hielten Dr. Z.____ und Dr. A.____ bei unveränderten Diagnosen fest, der Gesundheitszustand sei durch eine Kataraktoperation rechts besserungsfähig, für die Arbeit als Labortechniker bestehe jedoch keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/27 lit. C.1 und 2). Der Versicherte sei mit dem linken Visus seit der Kataraktoperation im Februar 2005 zufrieden. Rechts sehe er seit längerem schlecht (Urk. 6/27 lit. D.3). Bezüglich des linken (richtig wohl: rechten) Auges erscheine die Durchführung einer baldigen Kataraktoperation sinnvoll. Bezüglich des rechten (richtig wohl: linken) Auges werde eine topische Therapie mit Steroiden empfohlen. Die Dauer dieser Therapie könne nicht abschliessend beurteilt werden, der Versicherte dürfe jedoch über mehrere Jahre, eventuell sogar lebenslang, eine niedrig dosierte lokale Steroidtherapie im Sinne einer Entzündungsprophylaxe bei Verdacht auf rezidivierende primäre Iritiden benötigen (Urk. 6/27 lit. D.7). Vermutlich hätten rezidivierende primäre Iritiden beidseits zur Ausbildung einer Sekundärkatarakt beidseits geführt (Urk. 6/27 S. 2 unten).

3.5 In seinem Bericht vom 10. Januar 2006 wiederholte Dr. Y.____ die von Dr. Z.____ und Dr. A.____ gestellten Diagnosen (Urk. 6/25 Ziff. 2). Aufgrund der Visusverminderung bedingt durch die präsenile rechtsseitige Katarakt betrage die Arbeitsunfähigkeit vorderhand 50 %. Wahrscheinlich bestehe eine bleibende 50%ige Arbeitsunfähigkeit wegen des Verdachts auf rezidivierende Iritiden (Urk. 6/25 Ziff. 1).

3.6 Am 8. Mai 2006 nahm der RAD-Arzt Dr. med. C.____ dahingehend Stellung, dass er am linken Auge angesichts des Verdachts auf primäre Iritiden keine Entzündung infolge der Kataraktoperation als ausgewiesen hielt (Urk. 6/29/1).

3.7. Mit Schreiben vom 17. Mai 2006 hielt Dr. Y. ___ dagegen fest, die rezidivierenden Iritiden am linken Auge seien bedingt durch die Katarakt-Operation. Mittels Steroiden-Augentropfen sei der Versicherte beschwerdefrei (Urk. 6/31). Am 19. Juni 2006 erging dann aber der Einspracheentscheid, mit welchem festgehalten wurde, dass infolge der Kataraktoperation links keine Entzündung am linken Auge ausgewiesen sei, weshalb keine Kostenübernahme der Behandlung nach der Kataraktoperation gewährt werden könne (Urk. 6/41/1-4). Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

3.8. Am 12. April 2007 diagnostizierte Dr. Y. ___ eine präsenile Katarakt rechts sowie Pseudophakie links (Urk. 6/53/4 Ziff. 2). Als Nebenbefund nannte er einen Verdacht auf rezidivierende primäre Iritiden mit Ausbildung einer Sekundärkatarakt, welche jedoch den Eingliederungserfolg der beantragten Massnahme nicht gefährde (Urk. 6/53/4 Ziff. 1.2). Die Kataraktoperation sei am 1. Februar 2006 durchgeführt worden (Urk. 6/53/4 Ziff. 4.4).

3.9. Am 30. April 2007 hielt RAD-Arzt PD Dr. Dr. D. ___ fest, dass zwar die Ursache einer Katarakt unerheblich sei. Doch sei durch den Zusammenhang mit wiederkehrenden Entzündungen die Prognose und damit der Eingliederungserfolg belastet (Urk. 6/55/1).

3.10. Mit Schreiben vom 11. Juni 2007 wies Dr. Y. ___ darauf hin, dass Dr. Z. ___ lediglich einen Verdacht auf primäre Iritiden geussert habe und dieser Befund nicht gesichert sei (Urk. 6/61).

3.11. Am 20. Juni 2007 hielt RAD-Arzt PD Dr. Dr. D. ___ fest, dass lediglich der Verdacht auf rezidivierende primäre Iritiden geussert worden sei, dass aber ungeachtet der Diagnose ebenso deutlich sei, dass sich die augenärztliche Problematik nicht auf eine reine Katarakt beschränke. Vielmer würden therapeutische Konsequenzen gezogen, solle doch eine langfristige lokale Behandlung mit Kortikosteroiden erfolgen. Steroide hätten unter Umständen gravierende Nebenwirkungen, auch an der Hornhaut. Es bestehe also jedenfalls eine klar dargelegte Behandlungsindikation im Hinblick auf ein offenbar schwer zu substantiierendes Krankheitsbild (Urk. 6/65/1-2).

E. 4

4.1. Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde vom 11. Juli 2007 geltend, der vorliegende Verdacht auf primäre Iritiden gefährde den Erfolg der Eingliederungsmassnahme nicht, es fehle der Beweis dafür (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6 und S. 5 Ziff. 7). Diese Einschätzung vermag bei genauer Betrachtung der vorliegenden Akten jedoch nicht zu überzeugen.

Richtig ist, dass die Ärzte der Augenklinik - und in Übereinstimmung mit ihnen Dr. Y. ___ - lediglich von einem Verdacht auf beidseits rezidivierende primäre Iritiden mit Ausbildung einer Sekundärkatarakt sprachen, wobei die Ärzte der Augenklinik diese als mögliche Ursache sowohl des geringgradigen Reizzustandes des linken Auges als auch der Ausbildung der Katarakt am rechten Auge sahen. Richtig ist auch, dass die Staroperation eine Eingliederungsmassnahme sein kann, wobei die Ursache der Katarakt keinen unmittelbaren Einfluss ausbt (BGE 103 V 14 Erw. 3b).

Mit der Beschwerdegegnerin ist aber festzuhalten, dass die Fachärzte klar eine Therapiebedürftigkeit mit Steroiden (beispielsweise Maxidex oder

Predforte-AT) über längere Zeit, möglicherweise sogar lebenslang, feststellten (Urk. 6/27/2 lit. D Ziff. 7; Urk. 6/31; Urk. 6/62 S. 1). Das Eidgenössische Versicherungsgericht (heute Bundesgericht) hat im Urteil in Sachen Z. vom 10. Dezember 2004 (I 347/04) erkannt, dass im Falle einer anhaltenden Therapiebedürftigkeit mit Corticosteroiden, im konkreten Fall mit Prednison, angesichts der mit dieser Langzeitbehandlung verbundenen Nebenwirkung eines deutlich erhöhten Risikos der Kataraktbildung unter den gegebenen Umständen auf eine ärztliche Stellungnahme zur medizinisch-prognostischen Beurteilung der Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs der Kataraktoperationen verzichtet werden kann. Auch der RAD-Arzt PD Dr. Dr. D. ___ ging davon aus, dass Steroide, systemisch oder lokal angewendet, unter Umständen gravierende Nebenwirkungen, auch an der Hornhaut, haben können. Eine solche Therapie komme also nur in Betracht, wenn ein ähnlich gravierendes Krankheitsbild zu behandeln sei. Eine Katarakt sei nicht mit Corticosteroiden behandelbar (Urk. 6/65/1).

4.2 Die Beschwerdeführerin stützte sich in ihrer Beschwerde insbesondere auf die Erklärung von Dr. Y. ___, wonach der Verdacht auf rezidivierende primäre Iritiden den Eingliederungserfolg nicht gefährden würde (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4 und Ziff. 6). Dabei ist jedoch zu beachten, dass Dr. Y. ___ in seinem Bericht vom 12. April 2007 seine Einschätzung nicht weiter begründete (Urk. 6/53/4 Ziff. 1.2). Zwar hatte er am 17. Mai 2006 festgehalten, der Versicherte sei mittels Steroiden-Augentropfen beschwerdefrei (Urk. 6/31), war jedoch in seinem Bericht vom 10. Januar 2006 davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aufgrund der Visusverminderung wegen der präsenilen rechtsseitigen Katarakt um 50 % reduziert sei und es wegen des Verdachts auf rezidivierende Iritiden wahrscheinlich auch bleiben werde (Urk. 6/25 Ziff. 1).

Dem Arbeitgeberbericht vom 30. Januar 2006 ist sodann zu entnehmen, dass das linke Auge des Versicherten nach wie vor sehr lichtempfindlich sei und schnell ermüde. Auf dem rechten Auge sehe er nur noch zirka 30 bis 40 %. Durch die Probleme an beiden Augen sei der Versicherte seit Ende Februar 2005 bei seiner Arbeit als Labortechniker behindert. Er sei zwar zu 100 % an seinem Arbeitsplatz anwesend, seine Leistungsfähigkeit betrage jedoch nur zirka 60 % (Urk. 6/28 Ziff. 29).

Demgegenüber erachteten die Ärzte der Augenklinik den Versicherten in seiner Arbeitsfähigkeit als nicht eingeschränkt (Urk. 6/27 lit. B und lit. C Ziff. 2). Dies erweist sich nach Gesagtem nicht als gänzlich nachvollziehbar.

4.3 Vorliegend ist vielmehr davon auszugehen, dass sich die augenärztliche Problematik nicht auf eine reine Katarakt beschränkt, sondern zusätzlich ein behandlungsbedürftiger Krankheitszustand besteht, der die Prognose belastet. Die langfristige Therapie mit Steroiden kann mit gravierenden Nebenwirkungen verbunden sein. Die Beschwerdegegnerin durfte auf die richtige Einschätzung des RAD vom 20. Juni 2007 abstellen und auf weitere medizinische Abklärungen verzichten. Die Voraussetzungen von Art. 12 Abs. 1 IVG sind somit nicht erfüllt und die Kosten für die Kataraktoperation sind nicht von der Beschwerdegegnerin zu tragen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- SWICA Krankenversicherung AG

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- X. _____

- 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).

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