

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00045 vom 22. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00045

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00045 du 22 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00045 del 22 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. 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. Von einer invalidisierenden psychischen Störung kann nur bei Vorliegen eines medizinischen Substrats gesprochen werden, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Namentlich darf das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

1.3. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche

auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

1.4 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 261 Erw. 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 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für den Zeitraum zwischen der Rentenzusprechung vom 7. März 2005 (bzw. Einspracheentscheid vom 31. Mai 2005) und der angefochtenen Verfügung vom 26. November 2007 zu Recht keine erhebliche gesundheitliche Veränderung angenommen und eine Rentenerhöhung abgelehnt hat.

2.1 Die medizinische Situation im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ist im Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. September 2006 umfassend dargestellt, worauf verwiesen werden kann (Urk. 12/34 Erw. 2.1-2.2). Massgebend für die Annahme der 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 12/16) war für die Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. H. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, zuhanden der Winterthur Versicherungen (vom 14. September 2004, Urk. 12/14/3-15). Darin diagnostizierte Dr. H. ____ ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS und lumboradikuläre Reizungen L3, L4 und L5 li mehr als re bei Bandscheibenprotrusionen auf sämtlichen Etagen. Ferner bestanden Schulterbeschwerden li. Weiter führte er aus, bei körperlich belastenden und anstrengenden Arbeiten sei immer wieder mit Beschwerdeschüben zu rechnen, weshalb derartige Arbeiten prinzipiell unangünstig seien. Er postulierte damals eine Arbeitsunfähigkeit noch bis Ende September 2004. Anschliessend sei der Beschwerdeführer aber in einer angepassten Tätigkeit (ohne Tragen von schweren Lasten, ohne Arbeiten in unangünstigen Körperpositionen) "in der Grössenordnung von 50 %" während einer Einführungszeit von drei Monaten arbeitsfähig, danach könne die Arbeitsfähigkeit bei günstigem Verlauf und guter Reintegration auf 75 % gesteigert werden (vgl. auch Urk. 12/34 Erw. 2.2).

Das Gericht würdigte die medizinische Aktenlage im erwähnten Urteil folgendermassen (Urk. 12/34 Erw. 3.1): "Gesamthaft gesehen besteht ärztlicherseits insofern Übereinstimmung, als die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers trotz seiner (vorwiegend) degenerativ bedingten Rückensymptome

in einer angepassten Tätigkeit mit mindestens 50 % eingeschätzt wird. Aufgrund der Beurteilung der medizinischen Stellen der SUVA (Rehabilitationsklinik Bellikon und Kreisarzt) kann in einer rückenschonenden Tätigkeit auch in Berücksichtigung des degenerativen Vorzustandes gar von einer vollen Arbeitsfähigkeit etwa ab April 2004 ausgegangen werden. Nach Dr. H. ___ sollte dem Beschwerdeführer eine längere Einführungsphase gewährt werden, bevor die Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2005 auf 75 % erhöht werden kann. Damit trug er wohl dem subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers Rechnung, der sich im Zeitpunkt der Untersuchung (September 2004) nicht in der Lage sah, eine neue Arbeit zu suchen. Zugunsten des Beschwerdeführers muss aufgrund der Berichte von Dr. H. ___ und von Dr. I. ___ von einer gewissen Beeinträchtigung durch eine fortschreitende Chronifizierung der Rückenbeschwerden ausgegangen werden, was eine gegenüber der Einschätzung der SUVA leicht verminderte Arbeitsfähigkeit von 75 % zu rechtfertigen vermag. Objektive Anhaltspunkte dafür, dass nach Ablauf des Wartejahres im August 2004 die Arbeitsfähigkeit tiefer zu veranschlagen wäre, bestehen nach der Aktenlage hingegen nicht. Damit ist die durch die Beschwerdegegnerin festgelegte Arbeitsfähigkeit von 75 % für eine leidensangepasste Tätigkeit nicht zu beanstanden".

2.2

2.2.1.1. Der Beschwerdeführer begründete sein Revisionsbegehren vom 12. Oktober 2006 (Urk. 12/36) mit der von Dr. A. ___ im Bericht vom 7. Oktober 2006 (Urk. 12/35/1-2) und von med. pract. B. ___ im Bericht vom 11. Oktober 2006 (Urk. 12/35/3-4) attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Dr. A. ___ hielt folgende Diagnosen fest:

- Invalidisierendes, therapieresistentes Panvertebralsyndrom
- Traumatisch aktiviertes lumbo-vertebrales Syndrom mit Ausstrahlung rechts bei degenerativen Veränderungen der LWS mit Osteochondrose und insbesondere Discopathie L1 bis L5 bei multisegmentaler Osteochondrose L1 bis L5 und konsekutiver multisegmentaler Instabilität bei im MRI nachgewiesener Diskushernie L4/L5 links mit Irritation der Nervenwurzel L5 links
- Status nach 2-maligem Arbeitsunfall mit LWS-Kontusion (2000 und 2003)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Status nach mehreren Suizidversuchen

Weiter führte Dr. A. ___ aus, die neue MRI-Untersuchung der LWS vom 30. Mai 2006 zeige eine deutliche Zunahme der pathologischen Befunde mit einer grossen Diskushernie L5/S1 links, einer Diskushernie L4/L5 rechts mit Einengung des Neuroforamens L4/L5 rechts sowie einer Diskushernie L1/L2 links. Hinzu komme eine depressive Entwicklung mit somatoformer Schmerzstörung.

2.2.2.1. Med. pract. B. ___ und Dr. phil. C. ___ stellten - nebst den bereits im Bericht von Dr. A. ___ erwähnten somatischen Diagnosen - in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie Stottern (F98.5) fest. Sie beurteilten die psychiatrischen Symptome als eine schwer chronifizierte Schmerzverarbeitungsstörung mit der Folge von Depressionen. Die Prognose sei schlecht, und auch die antidepressive Behandlung werde kaum zu einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in den nächsten Jahren führen.

2.3.1.1

2.3.1.1 Die rheumatologischen Fachärzte des Stadtsitals Z.____ (Gutachten vom 18. Juni 2007, Urk. 12/58) diagnostizierten gestützt auf die bisherige Aktenlage und bildgebenden Untersuchungen (insb. MRI der LWS vom 25. März 2003 und 30. Juni 2006), die anamnestischen Abklärungen sowie die eigenen erhobenen Befunde chronische Schmerzen am ganzen Körper bei einer Diskushernie L5/S1 mediolateral links mit magnetresonanztomografisch wahrscheinlicher, aber klinisch nie dokumentierter Nervenwurzelkompression, Diskushernie L4/5 medial rechtsbetont mit möglicher Nervenwurzelkompression sowie kleiner Diskushernie L1/2 mediolateral links ohne Nervenwurzelkompression. Ferner beständen Hinweise für eine verstärkte Schmerzwahrnehmung, Ängstlichkeit und depressive Verstimmung, wobei sich der Beschwerdeführer seit einem Jahr in psychiatrischer Behandlung befinde (S. 17). Im Vergleich der beiden MRI vom 25. März 2003 und vom 30. Mai 2006 stellten sie bei der Diskushernie L5/S1 eine leichte Verschlechterung fest. Die Experten hielten eine erneute bildgebende Untersuchung zwar für wünschbar, wegen des Widerstandes des Beschwerdeführers sahen sie aber davon ab, zumal sie die beiden erwähnten MRI-Untersuchungen als verlässlich beurteilten (S. 16 unten). Im Weiteren wiesen die Gutachter auf groteske und widersprüchliche Untersuchungsbefunde und den schwierigen therapeutischen Zugang hin, wodurch den üblichen Massnahmen Grenzen gesetzt seien (S. 19 oben). Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sie sich dahingehend, dass für eine körperlich nicht belastende Tätigkeit aus streng rheumatologischer Sicht keine Einschränkung bestehe (S. 19 und 22). Insbesondere hielten die Gutachter fest, aufgrund der Akten, der Untersuchungen sowie der Schilderungen des Beschwerdeführers könne im ganzen Verlauf weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung dokumentiert werden.

2.3.1.2 Sowohl Dr. A.____ wie die Fachärzte des Spitals Z.____ stellten bei der Diskushernie L5/S1 eine gewisse Verschlechterung fest, im übrigen entsprechen sich die Befunde weitgehend. Dr. A.____ postulierte indessen eine massive Verschlechterung des gesamten Gesundheitszustandes gegenüber demjenigen bei seiner letzten Untersuchung vom 9. September 2004 (Urk. 12/9) und leitete daraus ab, dem Beschwerdeführer könne keine Tätigkeit mehr zugemutet werden (Urk. 12/35/2). Laut den Gutachtern des Spitals Z.____ entspricht diese Aussage wohl dem subjektiven Beschwerdebild des Beschwerdeführers, angesichts der fehlenden Zeichen für ein radikuläres Syndrom könne diese Auffassung aber nicht gestützt werden. Es dürfte sich ihrer Ansicht nach um eine pragmatische Einschätzung von Dr. A.____ handeln, dass angesichts der vierjährigen Untätigkeit des Beschwerdeführers die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsaufnahme gering ist. In der Tat unterscheiden sich die somatischen Diagnosen von Dr. A.____ im Bericht vom 9. September 2004 (Urk. 12/9) und demjenigen vom 7. Oktober 2008 (Urk. 12/35/1-2) einzig dadurch, dass der Arzt die Beschwerden nun als invalidisierend bezeichnete, wobei dem Beschwerdeführer nunmehr überhaupt keine Tätigkeit mehr zumutbar sei. Abgesehen davon, dass diese Einschätzung nicht mit objektiven medizinischen Befunden untermauert wird (Dr. A.____ spricht lediglich von einer "eindeutigen objektivierbaren Zunahme der pathologischen Befunde", ohne diese aber detailliert zu benennen und darzulegen, weshalb dem Beschwerdeführer jegliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar sein soll), widerspricht sie auch den Aussagen des Beschwerdeführers selber. Dieser hält sich zwar subjektiv für nicht arbeitsfähig, er

besorgt aber teilweise den Haushalt (weigert sich aber "auch noch zu waschen und zu putzen", was offensichtlich auf nicht medizinischen Gründen beruht, vgl. Urk. 12/50/3). Auto fahren hingegen kann der Beschwerdeführer und bietet keine grösseren Probleme (vgl. Urk. 12/58/9).

Das hiesige Gericht hat - wie vorstehend erwähnt (vgl. Erw. 2.1) - im Urteil vom 4. September 2006 eine fortschreitende Chronifizierung bereits berücksichtigt und deshalb die Arbeitsfähigkeit auch für eine angepasste Tätigkeit auf 75 % festgelegt. Aufgrund der neuen Untersuchungen und Abklärungen ergibt sich keine objektiv nachgewiesene erhebliche Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes und damit kein Anlass, von der damaligen Beurteilung abzuweichen.

2.4

2.4.1 Die Gutachter Dr. D. ___ und lic. phil. E. ___ stellten keinen psychischen Gesundheitsschaden fest, der eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken könnte. Die sekundär, als Reaktion auf die Rückenprobleme in Folge des Unfalles von 2003, entstandene Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) würde sich allein die Arbeitsaufnahme nicht behindern, vielmehr würde eine Erwerbstätigkeit zur Gesundung der psychiatrischen Symptome beitragen (Urk. 12/50/4; vgl. auch Urk. 12/52). Für die von der behandelnden Psychiaterin med. pract. B. ___ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige depressive Episode sind nach Auffassung der Gutachter die diagnostischen Kriterien nicht erfüllt, weil somatische Befunde vorhanden sind, die die Rückenbeschwerden zu erklären vermögen. In Bezug auf eine Depression fehlt es laut den Gutachtern insbesondere an der störungstypischen Apathie, die sich auch gegenüber finanziellen Angelegenheiten oder einer Rentenzusprache zeigen müsste, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei (Urk. 12/50/5).

2.4.2 Hierzu nahm med. pract. B. ___ auf Ersuchen des Beschwerdeführers am 21. Dezember 2007 (Urk. 3/2) wiederum Stellung. Sie warf den psychiatrischen Gutachtern vor, nicht alle Symptome berücksichtigt zu haben, weshalb die Diagnose einer Anpassungsstörung ungenügend sei. Richtig sei, dass der Beschwerdeführer an einer somatoformen Schmerzstörung und einer agitierten Depression leide. Mit dem verschlechterten Zustand sei auch die Erwerbsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr gegeben.

2.4.3 Der Streit um die richtige psychiatrische Diagnose muss vorliegend weder entschieden noch - wie vom Beschwerdeführer beantragt - durch ein neues psychiatrisches Gutachten beurteilt werden. Dies aus folgenden Gründen: Selbst wenn man von einer somatoformen Schmerzstörung mit depressiver Episode ausginge, könnte aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht von einer invalidisierenden psychischen Störung, die die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt, gesprochen werden (vgl. Erw. 1.2). Nach der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 130 V 352) vermag eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung allein in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken. Ein Ausnahmefall kann vorliegen, wenn verschiedene Kriterien erfüllt sind. Im Vordergrund steht dabei die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit

unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Vorliegend fehlt es an einer anhaltenden psychischen Störung, denn die von med. pract. B. ___ attestierte depressive Episode ist definitionsgemäss vorübergehender Natur. Zu den weiteren Kriterien ist zu erwähnen, dass wohl ein chronifizierter Verlauf vorliegt, was aber bereits in der früheren richterlichen Beurteilung berücksichtigt worden ist (vgl. Erw. 2.3.2 am Schluss). Insbesondere aber wurden soweit ersichtlich bisher keine konsequenten medizinisch-therapeutischen Massnahmen durchgeführt, wodurch sich nach Auffassung der Gutachter des Spitals Z. ___ durchaus ein Rückgang der Beschwerden erreichen liesse (vgl. Urk. 12/58/25). In diesem Sinne hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer richtigerweise eine Schadenminderungspflicht auferlegt (Urk. 12/59). Bevor hier Resultate bekannt und fachärztlich beurteilt sind, besteht kein Anlass, von einem therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Verlauf auszugehen und ausnahmsweise eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen.

2.5. Aufgrund vorstehender Erwägungen bleibt es dabei, dass im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides - welcher die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 127 V 467 Erw. 1) - keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist, die sich auf die Bemessung des Invaliditätsgrades auswirken könnte. Dies gilt auch für die von der Beschwerdegegnerin beantragte reformatio in peius (vgl. Urk. 10). Zudem ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 10 S. 2) und den Gutachtern Dr. D. ___ und lic. phil. E. ___ (vgl. Urk. 12/78) davon auszugehen, dass eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung keine andere Beurteilung ergäbe (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b), weshalb darauf verzichtet werden kann. Damit hat es mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 44 % unverändert Anspruch auf eine Viertelrente hat, sein Bewenden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

3. Mit dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung stellte der Beschwerdeführer in Aussicht, die hierzu erforderlichen Unterlagen einzureichen (Urk. 1 S. 2 unten). Obwohl im Rahmen der Stellungnahme zur Beschwerdeantwort auf die noch fehlenden Unterlagen hingewiesen wurde (vgl. Verfügung vom 8. Mai 2008, Urk. 13), blieben diese aus. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung ist damit unsubstantiiert geblieben und abzuweisen.

4. Da es 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 in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Sie sind dem Beschwerdeführer als unterliegende Partei aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung wird abgewiesen, und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eduard M. Barcikowski
- 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).

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