

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00901 vom 31. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00901](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00901)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00901 du 31 mai 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00901 del 31 maggio 2011

## 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. Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3. Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu werten. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die vorliegenden Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu werten und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

2. Die Beschwerdeführerin begründete die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen gestützt auf einen Bericht der Klinik A. vom 3. Januar 2008 und die Resultate der kreisärztlichen Untersuchungen dahingehend, dass der Beschwerdeführer in angestammter Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig und in angepasster, das heisst körperlich leichter, wechselbelastender Tätigkeit, voll arbeitsfähig und in der Lage sei, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (Urk. 2). X. ist demgegenüber im Wesentlichen gestützt auf die Berichterstattung von Dr. Z. vom 7. August 2009 der Ansicht, dass eine weitere medizinische Begutachtung angesichts der erheblichen Diskrepanzen in der Arbeitsfähigkeitseinschätzung unumgänglich sei respektive dass er höchstens zu 60 % arbeitsfähig sei, was zu einem Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente führe (Urk. 1).

3. Der Beschwerdeführer wurde im Anschluss an den Unfall vom 17. April 2007 im Spital B. behandelt, wo er bei den Diagnosen einer Kompressionsfraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 mit Ausläufer in die Hinterkante bis zum 24. April 2007 hospitalisiert blieb (Urk. 8/12/372). Eine Nativ-Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 19. Juli 2007 bestätigte die zeitlich nicht lange zurückliegende Deckplattenimpressionsfraktur LWK 1 mit noch aktivem Knochenumbau und zeigte eine kleine rechtsseitige extraforaminale Bandscheibenhernie L1/2; eine die linksseitige Symptomatik erklärende Läsion fand sich nicht (Urk. 8/12/322). Am 28. August 2007 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. C., Facharzt FMH für Neurologie, konsiliarisch untersucht. Dieser stellte am 29. August 2007 die Diagnose eines residuellen Lumbovertebralsyndroms nach LWK1-Fraktur am 17. April 2007 (Urk. 8/12/312). Die eingehende klinisch-neurologische Untersuchung und auch das Nadel-EMG lieferten laut Dr. C. keinen Hinweis auf eine organisch-neurologische Ursache für das geklagte Schwächegefühl im linken Bein. Aufgrund der unergiebigsten objektiven Befunde interpretierte er die linksseitigen Beinbeschwerden im Zusammenhang mit der von Dr. med. D., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin (vgl. Urk. 8/12/321), sowie von Dr. med. E., Facharzt Allgemeine Medizin FMH (vgl. Urk. 8/12/320), diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung; er könne dem Vorhaben, den Versicherten psychotherapeutisch betreuen zu lassen, nur zustimmen (Urk. 8/12/313). Am 6. September 2007 fand eine erste kreisärztliche Untersuchung statt, bei der die Durchführung eines Arbeitsversuchs ab 17. September 2007 mit leichter Arbeit halbtags (25%ige Arbeitsfähigkeit) postuliert wurde (Urk. 8/12/202-205), der jedoch scheiterte (Urk. 8/12/201). Am 2. Oktober 2007 wurde der Versicherte in der Klinik A. untersucht. Mit Bericht vom 18. Oktober 2007 diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte ein chronisches thorakolumbovertebrales Syndrom links (bei/mit Arbeitsunfall mit LWK1-Fraktur am 17. April 2007, muskulärer Dysbalance, Schonhaltung) und hielten fest, die anlässlich der Untersuchung beklagten Schmerzen tieflumbal und teilweise thorakolumbal seien am ehesten Ausdruck der längeren Ruhigstellung mittels 3-Punkte-Korsett, der Schonhaltung und der muskulären Dysbalance. Der Beschwerdeführer zeige bei der funktionellen Untersuchung eine erhebliche Schonhaltung und Selbstlimitierung. Hinweise für eine radikale Symptomatik fänden sich nicht. Die intermittierende, nur wenige Minuten dauernde Schwäche im linken Bein beurteilten sie im Rahmen der Schmerzproblematik und der Schonhaltung (Urk. 8/12/279-280).

Am 7. November bis 22. Dezember 2007 weilte der Versicherte zur arbeitsspezifischen Rehabilitation in der Klinik A. \_\_\_\_, wo unter anderem eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit stattfand (vgl. Urk. 8/12/216-217). Mit Bericht vom 3. Januar 2008 an den Hausarzt Dr. E. \_\_\_\_ wurden die Diagnosen eines chronischen thorakolumbovertebralen Syndroms linksbetont (bei/mit Schonhaltung, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung, Fazettensyndrom L5/S1, Arbeitsunfall mit LWK1-Fraktur am 17. April 2007) sowie einer Anpassungsstörung gestellt (Urk. 8/12/207). Die Leistungsbereitschaft des Versicherten wurde als fraglich beurteilt wobei die Beobachtungen bei den Tests auf eine Selbstlimitierung hinweisen würden. Der Abbruch der Testungen sei praktisch durchwegs aufgrund von Schmerzen erfolgt, wobei in den meisten Fällen vom Tester keine relevanten funktionell nachvollziehbaren Zeichen, die einen Abbruch gerechtfertigt hätten, beobachtet worden seien. Die Konsistenz bei den Tests war laut Bericht mäßig, die Selbsteinschätzung des Patienten habe unter den gezeigten Leistungen gelegen und die klinischen Befunde hätten nicht mit den gezeigten Leistungen übereinstimmend (Urk. 8/12/208). Als Bauarbeiter sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig, da die meisten baustellenspezifischen Tätigkeiten (wie schweres Heben, Tragen, Ziehen/Schieben, langes Arbeiten in vorgeneigter Position, Vibration) dessen Belastbarkeit momentan bei weitem übersteigen würden. Ab 3. Januar 2008 sei er jedoch für eine leichte Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, wobei er von einer Wechselbelastung mit Stehen und Gehen profitieren würde (Urk. 8/12/209).

Am 14. Februar 2008 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung statt. Dem diesbezüglichen Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom gleichen Tag ist zu entnehmen, dass auf der am 6. September 2007 angefertigten Röntgenaufnahme der LWS eine keilförmige Deformierung des 1. LWK mit einem Kyphosewinkel von 24° erkennbar sei. Die am 20. November 2007 in der Klinik A. \_\_\_\_ angefertigten Funktionsaufnahmen der LWS lägen zwar nicht vor, dem Befundbericht zufolge beständen jedoch keine Anhaltspunkte für Instabilität (Urk. 8/12/191). Die Rückkehr des Versicherten in die Tätigkeit als Maurer sei zumindest fraglich. Dessen momentaner Zustand lasse auch einen therapeutischen Arbeitsversuch von vornherein als erfolglos erscheinen. Unter Berücksichtigung des erfolglosen Resultats nach mehr als sechswöchiger arbeitsspezifischer Rehabilitation in der Klinik A. \_\_\_\_ und nach der heutigen kreisärztlichen Untersuchung sei davon auszugehen, dass beim Versicherten kein weiteres Rehabilitations- und Reintegrationspotential vorhanden sei (Urk. 8/12/192).

Am 5. März 2008 wurde X. \_\_\_\_ im Spital G. \_\_\_\_, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Neurologische Poliklinik, Psychiatrische Poliklinik, untersucht. Laut gleichentags verfasstem Bericht sollen bei einem blanden neuro-otologischen Status sowie blanden apparativen Vestibularisprüfungen keine Hinweise für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Störung vorgelegen haben. Aufgrund der Anamnese und der klinischen Befunde interpretierten die verantwortlichen Ärzte den vom Versicherten beklagten Schwindel als einen orthostatischen Schwindel im Rahmen von Kreislaufregulierungsstörungen. Betreffend der geschilderten Kopfschmerzen bestehe der Verdacht auf eine posttraumatische Migräne (drückende Kopfschmerzen mit Lichtempfindlichkeit, Rückzugstendenz und vegetativer Symptomatik; Urk. 8/12/172-175).

Der Hausarzt Dr. E. \_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 17. November 2008 an die IV-Stelle ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status

nach LWK1-Kompressionsfraktur am 17. April 2007, konservativ behandelt mit persistierenden Schmerzen im Bereich der ehemaligen Frakturzonen, sodann klinisch eine Dekonditionierung und eine lumbale Haltungsinsuffizienz, und darüber hinaus eine muskuläre Dysbalance, eine Adipositas I. Grades sowie eventuell ein somatogenes Schmerzsyndrom (Urk. 8/17/2). Trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlung und medikamentöser Therapie würden die Schmerzen des Patienten persistieren. Entsprechend fühle dieser sich ausser Stande, die verschiedentlich postulierte 100%ige Arbeitsfähigkeit aufzunehmen. Eine bereits sehr frühzeitig vorgeschlagene und eingeleitete psychotherapeutische Behandlung habe der Patient ausgeschlagen, da dieser seine Schmerzen nicht als psychogen taxiere. Aktuell finde eine schmerztherapeutische Behandlung im Spital G.\_\_\_\_ statt. Betreffend der Arbeitsfähigkeit seien keine sicheren Angaben möglich (Urk. 8/17/2-3). Am 1. Dezember 2008 führte Dr. E.\_\_\_\_ ergänzend an, anlässlich der letzten Untersuchung vor drei Tagen habe ihm der Patient glaubwürdig dargelegt, dass er angesichts seiner Beschwerden nicht mehr arbeiten könne; er sehe keine therapeutischen Möglichkeiten mehr, welche dem Patienten in irgendwelcher Form weiterhelfen könnten (Urk. 8/18).

Das Schmerzambulatorium am Institut für Anästhesiologie des Spitals G.\_\_\_\_ erlaubte der IV-Stelle am 12. Dezember 2008, der Versicherte habe lediglich drei Schmerzbehandlungen absolviert, weitere seien nicht vorgesehen. Zur Arbeitsfähigkeit des Patienten könne man nicht Stellung beziehen (Urk. 8/20/6). Mit Bericht vom 19. November 2008 informierte das Schmerzambulatorium Dr. E.\_\_\_\_, dass dem Versicherten zur Behandlung der Schmerzen ein Therapiekonzept mit drei Ebenen (medikamentös, physiotherapeutisch, interventionell) vorgeschlagen worden sei. Offenbar habe sich dieser bisher von beinahe allen behandelnden Ärzten nicht oder falsch verstanden gefühlt. Auch das Vertrauen in die Behandlungsansätze des Schmerzambulatoriums sei eher marginal, deswegen wolle der Versicherte sich momentan nicht weiter behandeln lassen (Urk. 8/19/1-2).

Dem ärztlichen Zeugnis von Dr. Z.\_\_\_\_ zu Händen des Rechtsvertreters des Versicherten vom 7. August 2009 sind die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms (bei Status nach LWK1-Kompressionsfraktur April 2007, medianer Diskushernie L3/4, Protrusion L4/5, Spondylarthrose L4/S1, insbesondere L5/S1) sowie einer Femoropatellararthrose beidseits und einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entnehmen. Es handle sich beim Patienten um chronifizierte Rückenschmerzen nach LWK1-Kompressionsfraktur mit verzögerter Heilung, wobei ein MRI vom Februar 2009 immer noch ein Spongioseodem im LWK1 als Ausdruck einer noch nicht vollständig ossär konsolidierten Fraktur zeige. Nach erneutem MRI der LWS vom 29. Juli 2009 sei davon auszugehen, dass die Fraktur vollständig ossär konsolidiert sei. Es bestehe allerdings ein Keilwirbel LWK 1, der sicherlich zur konsekutiven Überbelastung der distalen Segmente führe. Die ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS seien unfallfremd, beständen praktisch an allen lumbalen Segmenten mit diskreten Osteochondrosen und nach distal zunehmenden Spondylarthrosen. Der Patient sei bis zum Unfallereignis bezüglich Rückenschmerzen beschwerdefrei gewesen. Gegenüber dem MRI-Befund vom Februar 2009 sei neu eine Diskushernie L3/4 aufgetreten und die Protrusion L4/5 bestehe unverändert; beide führten jedoch radiologisch wie auch neurologisch zu keiner Nervenwurzelkompression. Der Patient klage über belastungsabhängige Schmerzen im

Lendenbereich mit Ausstrahlung ins linke Bein bis zur Grosszehe, verbunden mit Dysästhesien, die am ehesten auf die sehr fortgeschrittenen Spondylarthrosen L5/S1 beidseits zurückzuführen seien. Zurzeit bestanden keine Hinweise auf eine neurogene Beteiligung und zwar weder infolge der Diskushernie noch der Protrusion. Der Patient beziehe zu 70 % eine Arbeitslosenentschädigung bei einer Rente der SUVA von 30 %. Die Arbeitsfähigkeit für ausschliesslich rückenanadaptierte Tätigkeiten betrage 60 % bei halber Berentung (Urk. 3/3).

4. Während aus den zitierten Arztberichten erstelltermassen und unwidersprochen hervorgeht, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Hilfsmaurer zu 100 % arbeitsunfähig ist, lässt sich hinsichtlich einer - unstrittig vorhandenen - körperlichen Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht schliessen, in welchem Umfang eine solche noch möglich wäre. Es kann jedenfalls entgegen der IV-Stelle nicht alleine gestützt auf den Bericht der Klinik A. vom 3. Januar 2008 von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Einerseits basiert diese Einschätzung auf Untersuchungen vom Dezember 2007, mithin eineinhalb Jahre vor Verfügungserlass vom 22. Juli 2009, ferner bestehen gewichtige Anzeichen dafür, dass der Beschwerdeführer nebst somatischen auch unter Gesundheitsstörungen psychischer Natur leidet. Auf das Vorliegen einer womöglich relevanten psychischen Symptomatik weisen nicht nur die von mehreren Ärzten (Dr. D., Dr. E., Dr. C., Dr. Z.) ausgemachte Belastungsbeziehungsweise Anpassungsstörung und die vom Hausarzt Dr. E. vermutete somatoforme Störung hin, sondern auch der Umstand, dass auch Kreisarzt Dr. V. am 6. September 2007 einer entsprechenden psychischen Problematik konstatiert und Kreisarzt Dr. F. am 14. Februar 2008 einschlägige Faktoren ausgeführt hat. Trotz der zahlreichen expliziten Hinweise auf eine wesentliche psychische Beteiligung wurde der Beschwerdeführer - mit Ausnahme eines nicht aktenkundigen Konsiliums während des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik A. - nie psychiatrisch abgeklärt. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, als eine entsprechende fachärztliche Untersuchung respektive Behandlung sowohl vom Hausarzt Dr. E. als auch vom Neurologen Dr. C. ausdrücklich als indiziert erachtet wurde, wobei Ersterer sich unter anderem angesichts der früh erkennbaren psychischen Überlagerung gar ausser Stande sah, eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzugeben (Urk. 8/17/2-3). Auch der Umstand, dass sich bei der arbeitsspezifischen Rehabilitation in der Klinik A. eine Divergenz zwischen den gezeigten Leistungen und den klinischen Befunden zeigte, lässt auf eine psychische Beeinträchtigung schliessen. Dass der Beschwerdeführer selbst seine Beschwerden als nicht psychisch bedingt erachtet und deswegen die ihm nahegelegte psychiatrische Behandlung nie aufgenommen hat, vermag daran nichts zu ändern, kann eine fehlende Krankheitseinsicht doch einer psychischen Krankheit immanent sein. Eine psychisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz lässt sich entgegen der Ansicht der IV-Stelle nach Lage der Akten jedenfalls nicht von vornherein ausschliessen, und für die Beantwortung der Frage, ob ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliegt und dieses Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, ist rechtsprechungsgemäss ein fachärztlich-psychiatrisches Gutachten erforderlich (AHI 2000 S. 159 Erw. 4b). Im Übrigen widersprechen sich - die sich aus somatischer Sicht zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit äussernden - Arztberichte der orthopädischen Chirurgin Dr. Z. vom 7. August 2009 und der Klinik A. vom 3. Januar 2008 und verschiedene

Ärztliche sah sich entweder ausser Stande, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen (Dr. E. \_\_\_ Verantwortliche des G. \_\_\_-Schmerzambulatoriums), oder äusserten sich gar nicht dazu (Dr. C. \_\_\_, Verantwortliche des Spitals G. \_\_\_, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Neurologische Poliklinik, Psychiatrische Poliklinik, Kreisarzt Dr. F. \_\_\_).

Zusammenfassend kann weder der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch dessen Arbeitsfähigkeit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen) schlüssig beurteilt werden. Alleine der Umstand, dass der Beschwerdeführer den Angaben der behandelnden Dr. Z. \_\_\_ zufolge eine Arbeitslosenentschädigung von 70 % beziehe (Urk. 3/3) und damit bei der Arbeitslosenversicherung wohl als zu 70 % vermittlungsfähig gilt, vermag nicht eine medizinisch fundierte Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu begründen. Demnach ist die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens, das sich zur psychischen Situation äussert, sich mit der Wechselwirkung von somatischen und allfälligen psychischen Gebrechen auseinandersetzt und sich zur Überwindbarkeit etwaiger Belastungs- oder somatoformen Phänomenen ausspricht, unabdingbar. Die anderslautende RAD-ärztliche Aktenbeurteilung der Dres. med. H. \_\_\_ und I. \_\_\_ vom 8. Juli 2008 (Urk. 8/42/2) vermag hinsichtlich des Ausschlusses einer relevanten psychischen Implikation nicht zu überzeugen. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie zur Rückweisung der Sache an die Vorinstanz.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 22. Juli 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Philipp Baumann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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.