

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00326 vom 29. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00326

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00326 du 29 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00326 del 29 settembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Ein am 18. Februar 1999 angefertigtes CT des Sacrums (Bericht Radiologie, Kantonsspital B.____, Urk. 8/9/3) führte zu einer unauffälligen Darstellung ohne Hinweise auf eine Destruktion oder Fraktur. Die bildgebende Abklärung der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 25. Februar 1999 (Urk. 8/9/4) zeigte eine Streckhaltung und einen Minimalbefund einer linksbetonten Bandscheibenprotrusion L5/S1, welcher eine Irritation der Nervenwurzel S1 links als denkbar erscheinen liess, wenngleich diese von der Bandscheibe noch durch einen Fettgewebesaum getrennt sei. Auch die weiteren Abklärungen blieben ohne morphologisch fassbaren Befund für die vom Beschwerdeführer geklagten persistierenden Schmerzen lumbosakral rechts (Urk. 8/9/9, vgl. auch Bericht von Dr. med. C.____, FMH für Rheumaerkrankungen, vom 29. Oktober 1999, Urk. 8/17).

3.2. Gemäss Unfallmeldung vom 7. Juli 2008 (Meldedatum, Urk. 8/56/7) fuhr am 27. Juni 2008 ein Arbeitskollege ungebremst in den vom Beschwerdeführer gelenkten Kart. Der am 30. Juni 2008 erstbehandelnde Chiropraktor, Dr. D.____, (Bericht vom 4. August 2008, Urk. 8/56/19-21) diagnostizierte ein HWS-Beschleunigungstrauma mit funktionellen Störungen und machte Nackenschmerzen, später Kopfweg, Schwindel und Konzentrationsstörungen aktenkundig. Das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit verneinte Dr. D.____. Den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma füllte der Arzt am 31. Juli 2008 aus.

3.3. Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, diagnostizierte am 15. August 2008 (Urk. 8/56/16-18) eine HWS-Distorsion Grad II. Unter Sirdalud, Dafalgan und chiropraktischer Behandlung habe sich eine mässige Besserung eingestellt. Seit dem 19. Juli 2008 würden nichtsteroidale Schmerzmitteln zur Anwendung gelangen. Die Ärztin attestierte vom 19. Juli bis voraussichtlich zum 12. August 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Danach sei die (vollständige) Wiederaufnahme der Arbeit vorgesehen.

3.4. Mit Bericht vom 2. September 2008 (Urk. 8/56/14-15) nannten Dr. med. F.____, Assistenzarzt Sportmedizin, und Dr. med. G.____, Chefärztin, Orthopädie/Sportmedizin, beide Klinik H.____, die Diagnosen eines posttraumatischen Cevicothoracalsyndroms, einer HWS-Distorsion beim Kartfahren am 27. Juni 2008, einen muskulären Hartspann sowie einen cervicogenen Kopfschmerz. Der Anamnese zufolge standen im Untersuchungszeitpunkt ein Kopfschmerz, brennender Nackenschmerz, Benommenheit sowie eine Konzentrationsstörung im Vordergrund. Bei regelrechter Sensomotorik der oberen Extremitäten fanden sich ein mässiger muskulärer Hartspann und Triggerpunkte in der Schulter/Nackenmuskulatur bei nahezu voller

HWS-Beweglichkeit mit leicht endgradig schmerzhafter Rotation, Flexion und Seitneigung. Die Kopfgelenksbeweglichkeit war schmerzfrei möglich. Vereinzelt zeigten sich Facettengelenke im Bereich der mittleren und unteren HWS ohne deutlichen Fokus schmerzhaft. Die Ärzte erklärten, es liege eine typische posttraumatische Symptomatik nach HWS-Distorsion vor. Hinweise auf eine fokale neurologisch Ausfallsymptomatik hätten sich ebenso wenig ergeben wie solche für eine fokale Strukturpathologie. Auch die vom Chiropraktor durchgeführte Röntgendiagnostik habe keine strukturpathologischen Unfallfolgen visualisiert. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

3.5 Dr. med. I. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete am 31. Oktober 2008 (Urk. 8/56/13), nach einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % vom 23. August bis zum 11. September 2008 sei dem Beschwerdeführer seit 12. September 2008 die vollständige Wiederaufnahme der Beschäftigung zumutbar.

3.6 Weil das Cervicalsyndrom persistierte, notierte Dr. F. ____, am 14. Oktober 2008, der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 50 % krank geschrieben (Urk. 8/56/11).

3.7 Die MRI-Untersuchung der HWS vom 27. Oktober 2008 (Urk. 8/56/8) lieferte unauffällige Befunde. Ein sicherer Nachweis der Schmerzursache ergab sich nicht. Insbesondere fehlten Zeichen einer Diskushernie oder Neurokompression.

3.8 Mit Bericht vom 5. Dezember 2008 (Urk. 8/56/9-10) nannte Dr. med. J. ____, leitender Arzt Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie, Klinik H. ____, ein am 27. Juni 2008 erlittenes schweres HWS-Distorsionstrauma mit rechtsseitigem cervicospondylogem bis encephalem Syndrom, möglicher Dysfunktion C0/1, Dysfunktion C2/3 rechts mehr als links, starker muskulärer Verspannung bei unauffälligem MRI der HWS (vom 27.10.08) und regredienten neuropsychologischen Defiziten. Der Arzt hielt dafür, trotz fehlenden Hinweises auf eine strukturelle Läsion sei eine mögliche Instabilitätsproblematik nicht auszuschließen. Unter Sozialanamnese notierte Dr. J. ____, eine Arbeitsunfähigkeit als Informatiker von 50 %.

3.9 Am 26. Januar 2009 (Urk. 8/72/26) berichtete Dr. D. ____, seit August 2008 habe sich subjektiv keine Verbesserung mehr ergeben. Der Beschwerdeführer habe über eine massive Zunahme der Kopfschmerzen bei der Ausübung eines 50 %-Pensums berichtet und im Oktober täglich zwei bis sechs Tabletten Schmerzmittel zu sich genommen. Weil die Therapie erfolglos geblieben sei, sei die Behandlung in gegenseitigem Einvernehmen am 26. November 2008 abgeschlossen worden.

3.10 Dr. J. ____, notierte am 19. März 2009 (Urk. 8/72/15), der Beschwerdeführer klagte über eine verminderte Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit. Die Beschwerden im Sinne von Nackenbeschwerden seien weniger geworden, wohingegen die Kopfschmerzen persistierten. Der Beschwerdeführer besuche dreimal wöchentlich den Fitnesspark, einmal wöchentlich die Physiotherapie und einmal wöchentlich die Osteopathie, welche gegen die Kopfschmerzen eine sehr gute Wirksamkeit zeige. Weiterhin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

3.11 Der Neurologe Dr. Y. ____, erstattete am 24. April 2009 (Urk. 8/72/1-7) das vom Unfallversicherer in Auftrag gegebene Gutachten. Ihm gegenüber beklagte sich der Beschwerdeführer über muskuläre Verspannungen vor allem zwischen den Schulterblättern, Schmerzen im Nacken- und Hinterkopf und Stirnbereich sowie eine

inkonstante Schwäche in den Handgelenken. Eine Nausea bestehe nicht mehr. Auch die Lendenwirbelsäule sei praktisch beschwerdefrei. Ebenso habe er keine Gleichgewichts- und Schwindelprobleme mehr (Urk. 8/72/1-3). Im Weiteren gab der Beschwerdeführer an, zu Beginn täglich bis zu sechs Schmerztabletten eingenommen zu haben, was er im Verlaufe der Zeit aber habe reduzieren können (Urk. 8/72/4). Bei neurologisch unauffälligem Befund zeigte sich keine Verletzung an der paravertebralen Muskulatur. Dr. Y. ___ verneinte Anhaltspunkte für eine strukturelle Verletzung der HWS ebenso wie für zentrale und periphere neurologische Ausfälle oder eine psychiatrische Erkrankung (Urk. 8/72/1-5). Er hielt dafür, die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer mit einer anfänglichen Leistungseinschränkung von 25 % ganztags zumutbar (Urk. 8/72/6). Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt und die Prognose gut, sollte der Beschwerdeführer eine Tätigkeit finden (Urk. 8/72/7).

3.12.2.2 Bezugnehmend auf die Beurteilung von Dr. Y. ___ hielt Dr. J. ___ am 11. Mai 2009 (Urk. 2/5) fest, es sei durchaus möglich, dass die Dysfunktion von C2/3 (möglich bei C0/1) bei starken Verspannungen insbesondere der posterioren seitlichen Nackenmuskulatur zu den geklagten Beschwerden führe. Aus seiner Sicht habe eine manuelle Untersuchung der HWS aus manualmedizinisch/rheumatologischer Sicht zu geschehen.

3.13.2.2 Am 13. August 2009 (Urk. 8/82/1-27) erstattete Dr. Z. ___ zu Händen des Unfallversicherers ein rheumatologisches Gutachten, wozu er sich auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. August 2009 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die von der Beschwerdegegnerin überlassenen Akten (Urk. 8/82/2-7, 8-14) stützte. Seinen Angaben zufolge machte der Beschwerdeführer insbesondere zunehmende Nackenschmerzen und eine Konzentrationsschwäche dafür verantwortlich, dass er eine langzeitige Tätigkeit in seinem angestammten Beruf nicht mehr ausüben im Stande sei (Urk. 8/82/8-9). Seinen Tagesablauf schilderte der Beschwerdeführer dergestalt, als er zweimal täglich etwa eine Stunde lang den Hund ausführe, seine E-Mails kontrolliere, mit der Stellensuche beschäftigt sei und sich weiterbilde. Zwischendurch lasse er sich etwa während 15 Minuten hinlegen. Im Weiteren besuche er Therapien, nehme Termine wahr, erledige Korrespondenz, helfe im Haushalt mit und besuche das Fitnesscenter (Urk. 8/82/15; S. 16: zurzeit Velocrosstrainer). Dr. Z. ___ führte aus, die Röntgenaufnahme vom 2. Juli 2008 visualisiere im Bereich der Querfortsätze bei C7 einen plumpen Querfortsatz rechts beziehungsweise eine deutliche Verlängerung des Querfortsatzes links mit Ansatz einer kleinen Stummelrippe. Dies lasse die Annahme zu, dass seit längerer Zeit ein Scalenussyndrom bestehe, welches sich bei den palpatorischen Untersuchungen schmerzhaft gezeigt habe (Urk. 8/82/18). Das genannte Syndrom, das nicht selten zur Schmerzproblematik in dieser Loge und auch der Schultergürtelmuskulatur führe, als Nebenbefund bezeichnend erklärte der Gutachter, die somatische Untersuchung habe objektiv keine Pathologien oder sensomotorischen Defizite zu Tage gefördert. Die Beweglichkeit der oberen Extremitäten sowie der HWS sei ordentlich. Die bei der Ante- und Retroflexion der HWS gegen Widerstand nachgewiesenen Schmerzen seien durch eine reaktive Verspannung der sonst normotonen Muskulatur der HWS zu erklären (Urk. 8/82/21). Dr. Z. ___ notierte zusammenfassend, eine Diagnose mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden (Urk. 8/82/21). Aus rheumatologisch/orthopädischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, wobei in den ersten drei bis

vier Wochen nach Wiederaufnahme der Tätigkeit von einer Leistungsminderung im Umfang von 20 % (vermehrte Pausen oder kürzerer Arbeitstag) auszugehen sei (Urk. 8/82/24-25).

3.14 Zum Gutachten von Dr. Z. ___ am 13. November 2009 (Urk. 8/85/6-9) Stellung nehmend, schrieb Dr. med. K. ___, beratender Arzt des Unfallversicherers, die Beurteilung der natürlichen Kausalität durch Dr. Z. ___ sei nachvollziehbar und schlüssig (Urk. 8/85/7). Sodann sei der Endzustand offensichtlich erreicht, sei doch in den vergangenen sechs Monaten keine Besserung erzielbar gewesen und eine solche auch unter fortgesetzter Therapie nicht zu erwarten (Urk. 8/85/8). Im übrigen seien Dysfunktionen, wie von Dr. Z. ___ beschrieben, häufig auch bei unfallfreien Probanden anzutreffen und nicht zwingend symptomatisch (Urk. 8/85/9).

3.15 Zu Änderungen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstattete Prof. Dr. A. ___ am 28. Mai 2010 ein neurologisches Gutachten (Urk. 10). Mit Ausnahme eines Muskelhartspanns der Nackenmuskulatur beidseitig (unterer Nackenbereich leichten Ausmasses, mittlerer Nackenbereich mittelgradig, oberer Nackenbereich leichten Ausmasses) erhob dieser einen weitgehend unauffälligen neurologischen Befund und berichtete in Zusammenfassung der Befunde von einem leichten bis mittelgradigen cervicovertebralen Syndrom (Urk. 10 S. 17-18). An Diagnosen nannte der Gutachter (1) einen Status nach HWS-Beschleunigungstrauma (27.6.2008) mit chronischem cervicocephalem Syndrom bei Verdacht auf Schmerzmittelüberkonsum-induzierten Kopfschmerzen sowie mit subjektiv kognitiven Defiziten, (2) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, (3) einen Status nach meningealem Krankheitsbild, (4) einen Osgood Schlatter linker Unterschenkel (anamnestisch, ohne klinische Bedeutung) sowie (5) ein Thoracic outlet Syndrom links (anamnestisch, aktuell ohne neurologisches Korrelat/Ausfallsymptomatik) (Urk. 10 S. 18). In Bezug auf das vom Rheumatologen Dr. Z. ___ erstattete Gutachten hielt Prof. Dr. A. ___ unter anderem dafür, dieses beruhe auf einer unvollständigen Diagnoseliste (keine Kopfschmerzdiagnose) und gebe keinen Aufschluss über mögliche Therapieoptionen (Urk. 10 S. 24). Da vorab ein Analgetikaentzug stattgefunden habe, mithin die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft seien, könne zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch nicht Stellung genommen werden (Urk. 10 S. 24, 27), sei doch eine Verifizierung, ob überhaupt kognitive Ausfälle beständen, davor gar nicht möglich (Urk. 10 S. 26, 30). Sollte sich jedoch am Ausmass der Beschwerden nichts ändern, so sei längerfristig von einer Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % auszugehen (Urk. 10 S. 27).

E. 4

4.1 Strittig ist, ob und bejahendenfalls wie weit der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers ist mit Blick auf allfällige Rückenschmerzen ohne Weiteres zu verneinen. Weder liess sich dafür eine somatische Ursache finden (E. 3.1), noch machte der Beschwerdeführer derartige Leiden geltend. Im Gegenteil führte er gegenüber Dr. Y. ___ ausdrücklich aus, die Lendenwirbelsäule sei praktisch beschwerdefrei (E. 3.11), und im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung machte der Beschwerdeführer insbesondere Nackenschmerzen und Konzentrationsprobleme für seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit verantwortlich (E. 3.13).

4.2. Was die vom Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 27. Juni 2008 geklagten Beschwerden betrifft, so ergeben sich keine Gründe, von der Einschätzung der Gutachter Dres. Y. (E. 3.11) und Z. (E. 3.13), welche von einer vollständig wiedererlangten Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit ausgingen, abzuweichen. Das neurologische wie auch das rheumatologische Gutachten beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und liefern nachvollziehbare Schlussfolgerungen, womit sie den an eine beweiskräftige Expertise gestellten Anforderungen (E. 2.3) genügen. Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. Y. aktenkundig machte, er habe die anfänglich hohe Zahl von täglich bis zu sechs Schmerzmitteltabletten im Verlauf reduzieren können (E. 3.11), sowie in Anbetracht der vom Unfallversicherer bezahlten Schmerzmedikamente (UV.2010.000323; Urk. 2 S. 13: vom 30. Juni 2008 bis zum 28. August 2009 bezahlte der Unfallversicherer 10 Stück Tramal 100mg, 260 Stück Ecofenac 75mg, 212 Stück Dafalgan 1g, 10 Stück Novalgin, sowie 20 Stück Irfen 600) vermag die Kritik von Prof. Dr. A., es habe vor einer endgültigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein Schmerzmittelentzug stattzufinden (E. 3.15), nicht durchzudringen. Sodann fällt ins Gewicht, dass Prof. Dr. A. einen neurologisch weitgehend unauffälligen Befund erhob, selber von einer langfristigen Arbeitsfähigkeit von (zumindest) 70 % ausging und am Bestehen kognitiver Ausfälle Vorbehalte anzubringen schien (vgl. den Hinweis, dass erst nach einem Schmerzmittelentzug beurteilt werden könne, ob überhaupt kognitive Ausfälle beständen, E. 3.15). Vor diesem Hintergrund ist seine Einschätzung nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung zu erschüttern. Soweit der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung von Dr. J. verwies (E. 1), ist festhalten, dass es an einer Begründung für eine Leistungseinschränkung im Umfang von 50 % mangelt (E. 3.10). Unter Berücksichtigung dessen, dass Dr. J. in seinem ersten Bericht eine Arbeitsunfähigkeit einzig unter „Sozialanamnese“ aufführte (E. 3.8) und sich im letzten Bericht vom 11. Mai 2009 nicht mehr zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äußerte (E. 3.12), liegt es nahe, davon auszugehen, dass die Angabe von Dr. J. im Bericht vom 19. März 2009 (E. 3.10) vorwiegend auf den Angaben des Beschwerdeführers fusste. Anlass dafür, nicht auf die Einschätzung von Dr. Y. und Dr. Z. abzustellen, ergibt sich damit jedenfalls ebenso wenig wie mit Blick auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag, wonach es nicht Sache des behandelnden Arztes sein kann, in umstrittenen Fällen verbindlich zur Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2011, 9C_152/2011).

Zusammenfassend ist damit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Informatiker ab Frühjahr 2009 wieder vollumfänglich zumutbar ist.

4.3. Selbst wenn jedoch - entgegen der gutachterlichen Einschätzung der Dres. Y. und Z. - eine Leistungseinschränkung verursacht durch die aktenkundig belegte HWS-Distorsion noch zu bejahen wäre, begründete eine solche alleine noch keine Invalidität. Es ist augenfällig, dass sich die nach dem Kart-Zusammenstoß geklagten Beschwerden nicht einem organischen Korrelat zuordnen lassen. Weder aus neurologischer noch aus rheumatologischer Sicht ergaben sich Hinweise auf eine (physische) Pathologie (E. 3.4, E. 3.7). Anhaltspunkte für eine psychiatrisch bedeutsame Erkrankung fehlten.

Entgegen der Ansicht von Prof. Dr. A.____ (E. 3.15) ist auch ein muskul rter Hartspann - unabhängig davon, ob leichten oder mittleren Ausmasses - nicht als objektivierbare Schädigung zu werten, lassen sich solche doch nicht mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigen (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2009, 8C_802/2008, E. 4.1). Mithin mangelt es als Folge der diagnostizierten HWS-Distorsion an organisch nachweisbaren Funktionsausfällen, weshalb nach der zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten Rechtsprechung zu beurteilen wäre, ob sich die am 27. Juni 2008 erlittene HWS-Distorsion invalidisierend auswirkte oder nicht (E. 2.2).

4.4.     Begründet eine durch eine HWS-Distorsion erlittene Einschränkung alleine noch keine Invalidität, so bliebe - ginge man mit dem Beschwerdeführer von einer noch bestehenden Arbeitsunfähigkeit aus - zu prüfen, ob Umstände gegeben sind, welche auch beim Vorliegen einer allfälligen Einschränkung der Leistungsfähigkeit einen vollständigen Wiedereinstieg des Beschwerdeführers in den Arbeitsprozess als unzumutbar erscheinen liessen.

       Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere litte, sind, wie bereits festgestellt, nicht aktenkundig. Ebenso wenig ist neben den Folgen des Schleudertraumas eine chronische körperliche Begleiterkrankung belegt. Im Gegenteil liessen sich bereits die in früheren Jahren geklagten Rückenbeschwerden keinem morphologisch fassbaren Befund zuschreiben (E. 3.1). Angesichts der vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Tagesaktivit ten mit Besuch des Fitnesscenters, dem täglich zweimaligem Ausführen des Hundes über eine Stunde, dem Wahrnehmen von Terminen und Therapien (E. 3.13) ist ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht ansatzweise ersichtlich. Sodann gibt es keine Hinweise für das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinnes und fehlt es an einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik, zeigten sich doch den Angaben von Dr. J.____ zufolge die neuropsychologischen Defizite regredient (E. 3.8) und war es dem Beschwerdeführer möglich, die Schmerzmedikation zu reduzieren (E. 3.11). Unter Berücksichtigung dieser Aktenlage wäre das Leiden des Beschwerdeführers - würde eine Leistungseinschränkung dennoch bejaht - mit der Ausübung einer den Anspruch auf eine Invalidenrente ausschliessenden Erwerbstätigkeit vereinbar.

4.5.     Nach Gesagtem ist der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig, beziehungsweise liegt keine invalidit tsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit auch keine rentenbegründende Invalidität vor. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.       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) und auf Fr. 600.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht 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 Matthys Hausherr
- 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.