

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00010 vom 12. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00010 du 12 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00010 del 12 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invaliden einkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Der Beschwerdeführer liess weiter einwenden, das MEDAS-Gutachten beziehungsweise die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters seien widersprüchlich, weil einerseits festgehalten werde, dass keine schweren psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren vorhanden seien, andererseits an anderer Stelle der psychiatrische Gutachter selbst festhalte, dass eine psychosoziale Belastung infolge der Verunsicherung durch die somatischen Beschwerden vorliege. Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren seien die Migrationssituation, die soziale Isolation, die gesellschaftliche Stellung und der Verlust der Arbeitsstelle. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die gutachterlichen

Ausführungen vom Beschwerdeführer verkürzt und sinnentstellend wiedergegeben wurden. Dr. F.____ führte vielmehr aus, dass für die Diagnose einer somatoformen Störung deutliche schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren fehlten, die als hauptsächliche und ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten. Er sei durch seine somatischen Probleme deutlich verunsichert. Da er eine Beschwerdefreiheit erwartet habe und diese nicht eingetreten sei, sei er enttäuscht. Die finanzielle Situation sei angespannt. Die psychosozialen Belastungen führten auch zu depressiven Verstimmungen (Urk. 7/218/19). In diesen Ausführungen ist kein Widerspruch erkennbar. Der psychiatrische Gutachter erklärt vielmehr differenziert und nachvollziehbar, weshalb seines Erachtens die diagnostischen Kriterien für eine somatoforme Störung nicht gegeben sind, nämlich weil die – vom Gutachter erkannten – Belastungsfaktoren dazu nicht die notwendigen Schwere aufweisen würden. Diese Belastungsfaktoren führten allerdings zu einer depressiven Verstimmung. Auch insoweit vermag die Einschätzung von Dr. F.____ zu überzeugen. 4.1.5

Der Beschwerdeführer liess weiter rügen, dass sich die MEDAS-Gutachter bei der Beurteilung der Rückenschmerzen auf veraltetes Bildmaterial gestützt hätten, nämlich auf ein MRI der Lendenwirbelsäule aus dem Jahr 2007. Inzwischen sei aber am 13. Dezember 2011 ein neues MRI erstellt worden, das deutlichere Gesundheitsbeeinträchtigungen zeige. Auch diesbezüglich erweist sich sein Vortrag als nicht stichhaltig, weil zum einen das MEDAS-Gutachten vom 8. Dezember 2010 datiert (Urk. 7/218/2) und zum anderen die angefochtene Verfügung am 25. November 2011 erging (Urk. 2). Das MRI vom 13. Dezember 2011 konnte somit bereits in zeitlicher Hinsicht nicht von den MEDAS-Gutachtern berücksichtigt werden. Die Beschwerdegegnerin brachte insoweit zu Recht vor, dass der Beschwerdeführer eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erneut bei der IV Stelle geltend zu machen hätte (Urk. 6 S. 2). Das MEDAS-Gutachten erweist sich auch insoweit nicht als mangelhaft. Zu präzisieren ist, dass den MEDAS-Gutachtern (neben älteren Aufnahmen) das im I.____ angefertigte MRI der Lendenwirbelsäule vom 2. Juli 2008 zur Verfügung stand (vgl. Urk. 7/218/28); es kann im vorliegenden Kontext nicht als veraltet qualifiziert werden (vgl. hierzu auch unten E. 4.2). 4.1.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die vom Beschwerdeführer am MEDAS-Gutachten geübte Kritik als unbegründet erweist. 4.2 4.2.1

Auch die übrige medizinische Aktenlage gibt keinen Anlass, von den schlüssigen Ergebnissen der MEDAS-Ärzte abzuweichen: 4.2.2

Soweit Chiropraktor Dr. K.____ befand, die „44%ige IV Rente“ erscheine angesichts der deutlichen Einschränkungen im Alltag und der Bildung als nicht angemessen (vgl. oben E. 3.2.4), ist festzuhalten, dass die Bemessung des Invaliditätsgrades nicht Aufgabe des Arztes beziehungsweise des Chiropraktors

ist, sondern nach den in E. 1.3 niedergelegten Grundsätzen zu erfolgen hat (vgl. dazu nachfolgend E. 5).

Weiter decken sich seine Befundschilderungen im Wesentlichen mit jenen der MEDAS-Ärzte. Soweit Dr. K.____ auf die kurz zuvor erstellten MRI-Bilder verwies, ergibt sich, dass diese praktisch die selben Befunde aufzeigen wie die Bilder

aus den Jahren 2007 und 2008, welche den Gutachtern vorlagen. Die damals festgestellten Befunde (mehrsegmentale degenerative Bandscheibenveränderungen ohne Hinweis auf

Diskushernie oder Neurokompression, mässige Osteochondrose und geringe Spondylarthrose L5/SWK1 beidseits, Urk. 7/218/28) haben sich wohl etwas akzentuiert, wird doch neu von einer ausgeprägten Osteochondrose L5/S1 gesprochen, indes ohne dass der ärztlichen Schilderung zu entnehmen ist, ob eine andere Interpretation oder tatsächlich ein abweichender Zustand vorliegt. Die Bandscheibenveränderungen in den übrigen Segmenten wurden sodann bereits in den verbleibenden Bildern dargestellt. Wesentlich ist dabei, dass bei beiden Bildern keine Diskushernie und keine Nervenwurzelkompression nachgewiesen wurde. Damit ist aus den Bildern vom Dezember 2011 nicht zu schliessen, dass bei Verfügungserlass eine die Arbeitsfähigkeit noch weitergehend tangierende Pathologie vorlag.

Schliesslich bestritt Dr. K.____ eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht explizit, sondern erachtete lediglich den 50%igen Einsatz als Hilfskoch als grenzwertig. Hierzu ist festzuhalten, dass die Arbeit als Hilfskoch dem Anforderungsprofil wohl gar nicht entspricht, zumindest dann nicht, wenn damit das Heben schwerer Gegenstände (zum Beispiel gefüllte Kochtöpfe) einher geht, wovon auszugehen ist. Dr. K.____ legte namentlich nicht dar, aus welchen

Gründen dem Beschwerdeführer eine optimal angepasste Tätigkeit nicht im angenommenen Ausmass zumutbar sein sollte. Insoweit ist der Bericht von Dr. K.____ nicht geeignet, die Schlüsse der MEDAS -Gutachter in Zweifel zu ziehen. 4.2.3

In psychiatrischer Hinsicht legt der Bericht von lic.phil. B.____ vom 12. Oktober 2010 (E. 3.2.1) ebenfalls keine abweichende Schlussfolgerung nahe. Vorweg zu schicken ist, dass er kein Arzt ist und seinen Ausführungen demgemäss weniger Gewicht zukommt als solchen eines Facharztes. Sodann entspricht seine Diagnose im Wesentlichen derjenigen der MEDAS -Gutachter (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom gegenüber leichter bis mittelgradiger depressiver Episode samt [objektivierbarer] Schmerzproblematik). Lic.phil. B.____ nannte denn auch keinen Arbeitsunfähigkeitsgrad aus psychischer Sicht. 4.3

Aus dem Gesagten folgt, dass vorliegend vollumfänglich auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann. Es ist demzufolge erstellt, dass für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, angepasste Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % besteht (Ganztagespensum mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf [Urk. 7/218/34]). 5. 5.1 5.1.1

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen des Beschwerdeführers gestützt auf die statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 des Bundesamtes für Statistik. Von einer Aufrechnung des letzten tatsächlich vom Beschwerdeführer erzielten Lohnes sah die Beschwerdegegnerin ab mit der Begründung, dass dieser Lohn nicht mehr der Branchenüblichkeit entspreche. Somit sei vom statistisch ermittelten Lohn für Hilfsarbeiten im Baubereich (Zentralwert) für das Jahr 2010 in der Höhe von Fr. 67'000. auszugehen (Urk. 2 S. 3). 5.1.2

Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist nach der höchstgerichtlichen Praxis (vgl. anstatt vieler: Urteil 8C_434/2009 vom 11. November 2009 E. 3.3) entscheidend, was sie im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu

erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weiter geführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens

grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte für die Einkommensermittlung, ist auf Erfahrungswerte und Durchschnittswerte zurückzugreifen, wie sie in der bundesamtlichen Lohnstrukturerhebung enthalten sind (AHI 1999 S. 237).

Abweichend vom Grundsatz, dass das - so konkret wie möglich zu ermittelnde - Valideneinkommen auf einem vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielten Erwerb fassen soll, kann im Wesentlichen in zwei Konstellationen auf sogenannte Tabellenlöhne (im Regelfall gemäss LSE) zurückgegriffen werden: Nach der Rechtsprechung sind invaliditätsfremde Gesichtspunkte (etwa geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Sprachkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) im Rahmen des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG entweder gar nicht oder dann aber bei beiden Vergleichsgrössen gleichmässig zu berücksichtigen (BGE 129 V 222 E. 4.4 mit Hinweisen). Wird in einem solchen Fall beim Invalideneinkommen die der verbliebenen Leistungsfähigkeit entsprechende übliche Entlohnung herangezogen, so darf das Valideneinkommen nicht nach dem vor Eintritt der Invalidität effektiv erzielten Lohn ermittelt werden, wenn dieser in erheblichem Ausmass von einkommensmindernden Faktoren beeinflusst war. Entsprechende Überlegungen gelten auch im Hinblick auf die Bezeichnung der zutreffenden Tabelle (branchenspezifisch oder gesamtarbeitsmarktbezogen). Wenn allerdings aufgrund der Umstände des Einzelfalls anzunehmen ist, der Versicherte hätte sich

ohne gesundheitliche Beeinträchtigung voraussichtlich dauernd aus freien Stücken mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügt, so ist darauf abzustellen (BGE 125 V 146 E. 5c/bb). Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte

im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungswerte und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie der Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf je doch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1 und 3.2 mit diversen Hinweisen). 5.1.3

Im vorliegenden Fall ist kein derartiger Ausnahmefall gegeben. Mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit wäre der Beschwerdeführer ohne Eintritt eines Gesundheitsschadens nach wie vor als Fassadenisoleur tätig, was allein schon daraus ersichtlich ist, dass er bereits nach dem ersten Unfall wieder als Fassadenisoleur gearbeitet hatte (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1). Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht ermittelte in seinem Urteil I 591/02 vom 5. Mai 2004 (Urk. 7/107) das Valideneinkommen ausgehend vom konkret im Jahr 1995 erzielten Einkommen von Fr. 59'800. und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (vgl. E. 4.1 des genannten Entscheids). Es ist nicht ersichtlich, weshalb vorliegend nicht entsprechend zu verfahren sein sollte. Der Einwand des

Beschwerdeführers, wonach er unter dem Titel Pauschalspesen auch verdeckte Lohnzahlungen erhalten habe (vgl. Urk. 1 S. 9), ist durch nichts belegt. Solche Zahlungen wurden seinerzeit auch vom Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht zum Valideneinkommen gerechnet und schliesst die Rechtsprechung eine Berücksichtigung von vornherein aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_31/2011 vom 6. April 2011 E. 4.3.1).

Auszugehen ist somit von einem Jahreseinkommen 1995 von Fr. 59'800. . Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer bis zum Jahr 2010 (Indexstand 1995: 1789; Indexstand 2010: 2150 [Die Volkswirtschaft,

E. 2

Eventualiter sei die Verfügung vom 25. November 2011 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, da mit dieser weitere Abklärungen in medizinischer Hinsicht vorzunehmen und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu entscheiden.

In diesem Fall sei im Dispositiv festzuhalten, dass die Verfügung vom 25. November 2011 insofern nicht aufgehoben wird, als dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente zugesprochen worden ist und dass die Viertelsrente während des Abklärungsverfahrens weiterhin auszurichten ist.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2011 (Urk. 2) beziehungsweise der mit Wirkung ab 1. Januar 2011 zugesprochenen halben Viertelsrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung im Wesentlichen aus, dass der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht ab Januar 2010 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Das ergebe sich aus dem eingeholten MEDAS-Gutachten (Leistungseinschränkung von 30 % bei 100%iger Anwesenheit in einer leidensangepassten Tätigkeit). Gestützt auf ein statistisch ermitteltes Valideneinkommen für das Jahr 2010 von Fr. 67'000. und eines ebenfalls gestützt auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) des

Bundesamtes für Statistik berechnetes Invalideneinkommens von Fr. 37'202. ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 44 %. Dabei nahm sie einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 15 % vor.

Im vorliegenden Prozess hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen fest und wies die vom Beschwerdeführer am MEDAS-Gutachten geübte Kritik zurück. Es sei insbesondere nicht erkennbar, weshalb die psychiatrische Untersuchung unzureichend gewesen sein sollte. Es sei auch nicht zutreffend, dass den MEDAS-Gutachtern veraltete oder nicht aussagekräftige Röntgenbilder zur Verfügung gestanden hätten (Urk. 6).

E. 2.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, dass auf das MEDAS-Gutachten nicht abgestellt werden könne. Diverse Befunde und Feststellungen, auf denen das Gutachten beruhe, seien falsch, widersprüchlich, veraltet oder beschönigend. So werde im Gutachten ausgeführt, dass die Circa diantät nicht ausgeprägt sei. Das beschönige das Problem, denn der Beschwerdeführer liege oftmals einen grossen Teil der Nacht wach. Die gestörte Nachruhe führe dazu, dass er sich in einem Dauerzustand der Erschöpfung befinde, was seine Leistungsfähigkeit deutlich einschränke. Es treffe entgegen der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters auch nicht zu, dass keine

schweren psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren vorhanden seien. Diesbezüglich

sei das MEDAS-Gutachten widersprüchlich, halte der psychiatrische Gutachter doch selbst fest, dass eine psychosoziale Belastung vorliege, weil der Beschwerdeführer durch die somatischen Beschwerden verunsichert sei. Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren seien die Migrationssituation, die soziale Isolation, die gesellschaftliche Stellung und der Verlust der Arbeitsstelle. Sodann machten die MEDAS-Gutachter zu Unrecht Stimmung gegen den Beschwerdeführer, indem er als deutlich Übergewichtig apostrophiert werde. Die psychiatrische Exploration sei zudem viel zu kurz gewesen. Der behandelnde Psychiater habe den Beschwerdeführer demgegenüber über längere Zeit beobachten können, weshalb er wesentlich besser zwischen objektiven Symptomen und subjektiven Beschwerden unterscheiden könne. Es liege danach eine mindestens mittelschwere depressive Erkrankung vor. Bei der orthopädischen Beurteilung der Rückenschmerzen stütze sich das Gutachten auf ein altes MRI der Lendenwirbelsäule aus dem Jahr 2007.

Inzwischen sei am 13. Dezember 2011 ein neues MRI erstellt worden, das deutliche Gesundheitsbeeinträchtigungen zeige. Da die Gutachter ihre Schlüsse aus veralteten Bildern zögen, könne darauf nicht abgestellt werden. Es treffe nicht zu, dass nur leichte bis mässige degenerative Veränderungen in der Wirbelsäule vorlägen; diese seien vielmehr deutlich (Urk. 1 S. 5 ff.). Aber selbst wenn man davon ausginge, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich zu 30 % eingeschränkt sei, hätte er Anspruch auf eine halbe Rente. Zuletzt habe er 1995 als Fassadenisoleur Fr. 4'600. (13x), zuzüglich Fr. 400. Pauschalspesen verdient. Im Umfang von Fr. 100.

habe es sich dabei um eine verdeckte Lohnzahlung gehandelt. Das Einkommen im Jahr 1995 habe somit Fr. 4'700. pro Monat beziehungsweise Fr. 61'100. pro Jahr betragen. Aufgerechnet auf das Jahr 2010 ergebe sich als Validen ein kommen Fr. 76'322. . Angesichts eines Invalideneinkommens von Fr. 37'165.

ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 51,3 % und damit ein Anspruch auf eine halbe Rente (Urk. 1 S. 9). 3.

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Die IV Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2012 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Versicherten am 27. Februar 2012 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde.

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere Invalidenrente als die ihm mit Verfügung vom 25. November 2011 (Urk. 2) mit Wirkung ab 1. Januar 2010 zugesprochene, auf einem Invaliditätsgrad von 44 % basierende Viertelsrente hat.

E. 3.2.1

Der Psychotherapeut lic. phil. B. ___ führte in seinem Bericht vom 12. Oktober 2010 (Urk. 7/218/63-66) aus, dass ihn der Beschwerdeführer erstmals im Herbst 2008 aufgesucht habe aus Sorge um seine Arbeitsfähigkeit. Schon damals seien depressive Tendenzen unübersehbar gewesen. Ab Mitte 2009 sei die Depression auch für den Beschwerdeführer nicht mehr übersehbar gewesen, doch erst im Frühling 2010 habe er diese akzeptieren können, was eine medikamentöse Behandlung ermöglicht habe. In der Psychotherapie stehe die seit Sommer 2009 massiv verstärkte depressive Dynamik mit damit einhergehenden Stimmungsschwankungen (Erschöpfungszustände und Reizbarkeit) im Vordergrund. Aufgrund des Psychotherapieverlaufs könne er seine früher gestellte Diagnose (Anpassungs beziehungsweise Belastungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt) nicht mehr aufrecht halten. Es liege vielmehr zweifellos eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) vor.

E. 3.2.2

Dr. med. C. ___ , Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. D. ___ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Dr. med. E. ___ , Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F. ___ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom A. ___ erhoben in ihrem MEDAS-Gutachten vom 8. Dezember 2010 folgende Diagnosen (Urk. 7/218/32-33):
Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1.

Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1) 2.

Chronische Schmerzen im Bereich der linken Hand (ICD-10 T92.2/Z98.8) -

Status nach offener Reposition, Platten- und Spickdrahtosteosynthese, Spaltung des Retinaculum flexorum mit Schädigung des N. medianus am 11.2.1993 bei distaler intraartikulärer Radiusfraktur (Spital G. ___) -

Status nach Spickdrahtentfernung am 5.8.1993 (Spital G. ___) -

Status nach Distorsionstrauma des Handgelenks am 14.12.1995 -

radiologisch korrekte Stellungsverhältnisse ohne relevante Degenerationszeichen (Röntgen 2.11.2010) 3.

Status nach CTS-Operation rechts am 15.7.2004 (ICD-10 Z98.8) 4.

Chronische Kniebeschmerzen beidseits (ICD-10 M79.66) -

Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniscektomie rechts am 23.1.2009 (Dr. H. ___), intraoperativ beginnende mediale Gonarthrose und trochlearer Knorpelschaden -

positive Meniskusprovokationstests für den Innenmeniskus links -

kernspintomographisch nachgewiesene Läsion im Korpus /Hinterhornbereich des Innenmeniskus (Dr. H. ___ , 6.4.2010) 5.

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) -

mässige Osteochondrose und geringe Spondylarthrose LWK5/SWK1 (MRI 6.2.2007 und Röntgen 2.7.2008) -

Status nach Infiltration der rechtsseitigen Rami mediales LWK4/5 und LWK5/SWK1 am 22.9.2008 (I. ___) -

Status nach Fazettengelenksinfiltration LWK5/SWK1 rechts am 17.10.2008 sowie mehreren weiteren Infiltrationen, insgesamt mit mässigem Ansprechen (I.____) 6.

Diskrete Rest-Hypästhesien im Versorgungsgebiet des Nervus medianus beidseits bei Zustand nach CTS-Operation rechts 2004 und Zustand nach distaler Radiusfraktur links 1993 mit postoperativer Läsion des N. medianus Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1.

Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) 2.

Makroprolaktinom, Erstdiagnose 2000, grössenkonstant (ICD-10 D35.2) 3.

Substituierte Hypothyreose, aktuell euthyreot (ICD-10 E03.9) 4.

Adipositas mit BMI 33 kg/m² (ICD-10 E66) 5.

Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) 6.

Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) 7.

Verdacht auf Restless-legs-Syndrom

Der Beschwerdeführer klagte anlässlich der Begutachtung über Beschwerden an beiden Händen (Taubheitsgefühle, elektrisierende Schmerzen), unruhige Beine mit unkontrollierten Bewegungen im Sitzen und nachts im Bett, Schlafstörungen, lumbale Rückenschmerzen, Schmerzen an beiden Kniegelenken, Müdigkeit, Schlappheit, Kopfschmerzen und eine verminderte erektile Potenz (Urk. 7/218/15, 7/218/17 und 7/218/22). Die Gutachter führten aus, dass sich bei der orthopädischen Untersuchung im Bereich der zervikalen und thorakalen Wirbelsäule sowie an den oberen und unteren Extremitäten eine freie Beweglichkeit gezeigt habe. An den Handgelenken bestehe radiallyseitig eine Druckdolenz; es habe jedoch keine Bewegungseinschränkung dokumentiert werden können. Radiologisch seien mässige degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule festzustellen. Hinweise für eine Neurokompression fehlten. Am linken Handgelenk zeige sich eine achsengericht konsolidierte Radiusfraktur ohne Hinweise auf einen Bruch der volaren Platten osteosynthese, eine Lockerung oder einen Infekt. Die MR-Tomographien des rechten Kniegelenks hätten eine Rissbildung am medialen Meniskushinterhorn ergeben. Gemäss den Akten habe ein MRI des linken Kniegelenks eine Läsion im Korpus-Hinterhornbereich des Innenmeniskus gezeigt. Zusammenfassend liessen sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen. Es bestünden deutliche Hinweise für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die Tätigkeit als Fassadenisoleursowie für jede andere körperlich schwere Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung sei dem Beschwerdeführer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar. Dabei sollten das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg mit der rechten sowie über 5 kg mit der linken Hand, das wiederholte Überwinden von Treppen, häufiges Einnehmen der Hockeposition oder kniende Belastungen vermieden werden. Die volle Arbeitsfähigkeit gelte auch für die Tätigkeit als Abwascher in einem Restaurant, sofern ein gewisser sitzender Anteil vorhanden sei. Im Falle eines ausschliesslich im Stehen und Gehen zu bewältigenden Einsatzes könne von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum und um 20 % reduzierter Leistung bei erhöhtem Pausenbedarf ausgegangen werden. Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

(Urk. 7/218/33-34). Bei der neurologischen Untersuchung habe sich aktuell, abgesehen von der subjektiv angegebenen Hypästhesie, kein wesentlicher Befund feststellen lassen. Die Hände seien kräftig ausgebildet; es seien keine Paresen feststellbar. Bezüglich des Makrolaktinoms seien keine neurologischen Ausfälle zu verzeichnen. Hinsichtlich der geklagten Rückenschmerzen seien keine Anzeichen für eine radiokläre Läsion vorhanden. Es bestünde Hinweise für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerden. Aus neurologischer Sicht bestehe lediglich für Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die Feinmotorik der Hände stellten, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für alle übrigen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht voll arbeits- und leistungsfähig. Insgesamt könne aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 7/218/34). Bei der psychiatrischen Untersuchung falle auf, dass sich das subjektive Schmerz ausmass durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren

lasse. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Dabei handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Diagnosekriterien einer somatoformen Störung seien nicht erfüllt. Die psychosozialen Belastungen führten zu depressiven Verstimmungen. Es bestehe gegenwärtig eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörung, Schlafstörungen, leicht vermindertem Selbstwert bezüglich seiner gesundheitlichen Situation und negativen Zukunftsperspektiven. Der Beschwerdeführer erhalte eine antidepressive Medikation, die allerdings deutlich unterdosiert sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Im idealsten Fall könnte es sich dabei um ein ganz tägliches Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen handeln, die aufgrund der durch die Depression verursachten erhöhten Ermüdbarkeit bedingt sei (Urk. 7/218/34).

Bei polydisziplinärer Betrachtung seien dem Beschwerdeführer keine körperlich schwer belastenden beruflichen Tätigkeiten, wie etwa die früher ausgeübte Tätigkeit als Fassadenbauer, oder Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Feinmotorik der Hände mehr zumutbar. Für körperlich leichte bis intermittel-

mittelschwere, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (Ganztagespensum mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf). Die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht addierten sich nicht; es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen benützt werden. Die Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten (etwa Fassadenisoleur) könne ab dem 14. Dezember 1995 attestiert werden. Die aktuell vorhandene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in Verweistätigkeiten bestehe seit 2010. Vorher könne ab Oktober 2008 von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 7/218/35).

E. 3.2.3

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Radiologie, hielt in seinem Bericht über die MRI-Untersuchung vom 13. Dezember 2011 folgende Beurteilung fest (Urk. 3/3): 1.

Erosive Osteochondrose Typ Modic I LWK 2/3 mit deutlichen erosiven Endplattenveränderungen und breitbasigem, zirkulärem Diskusbulging. 2.

Beginnende Osteochondrose Typ Modic II LWK 3/4 und LWK 4/5 ohne neurokompressive Wirkung. 3.

Osteochondrose Typ Modic II LWK 5/SWK 1 mit rechts extraforaminalem bis rechts intraforaminalem Diskusbulging. Eine extraforaminale Irritation der rechten Nervenwurzel L5 erscheint möglich.

E. 3.2.4

Der Chiropraktor Dr. K.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2011 (Urk. 3/2) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei ausgeprägter erosiver Osteochondrose L2/L3, beginnender Segmentdegeneration und Osteochondrose L3/L4 und L4/L5 und ausgeprägter Osteochondrose L5/S1 sowie ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts bei Segmentdegeneration L5/S1 und Diskusbulging mit konsekutiver extraforaminaler Irritation L5 rechts. Der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen tieflumbal L5/S1 rechtsseitig mit Ausstrahlung dem Beckenkamm folgend bis in die rechte Leiste und gelegentlich mit Ausstrahlung in den lateralen Oberschenkel bis zum Knie. Es seien keine Taubheit und keine Schwäche der unteren Extremitäten zu verzeichnen. Nachts, in Bauchlage und bei langem Stehen komme es zu einer Schmerzexazerbation. Dr. K.____ erhob folgenden Befund: „Der Patient präsentiert sich in gutem AZ und kräftigem EZ [...]. Diskretes Schonhinken linksseitig. Beckengeradstand, Schultergeradstand, ausgeprägte lumbale Lordose mit prononcierter thorakaler Kyphose, Kopfprotraktion. Die Beweglichkeit der LWS ist in allen Ebenen um 1/3 eingeschränkt, ausser 2/3 in Reklination und Inklination mit Reproduktion der Hauptbeschwerden tieflumbal. Lasègue, Pseudolasègue und Bracket je weils negativ. Unauffällige Neurologie der unteren Extremitäten. Unauffälliger Hüftstatus, jedoch deutliche verkürzte Ischiocruralmuskulatur, M. p o riformis und

M. gluteus maximus. Schwach ausgeprägte lumbale Paraspinalmuskulatur sowie Glutealmuskulatur. Segmentale Befunde tieflumbal.“ Die gegenwärtigen Beschwerden korrelierten mit den Resultaten der bildgebenden Untersuchungen vom 13. Dezember 2011 (Veränderungen insbesondere der Etagen L2/L3 und L5/S1). Die konservative Behandlungsstrategie werde weitergeführt; allenfalls könne ergänzend eine Infiltration zur Unterstützung veranlasst werden. Bereits kurzes Sitzen führe beim Beschwerdeführer zu starken Schmerzen; Bücken sei nur stark eingeschränkt möglich. Das 50 %-Pensum als Hilfskoch, das der Beschwerdeführer zurzeit habe, stelle eine grosse Herausforderung dar. Eine „44%ige IV Rente“ erscheine ihm angesichts der deutlichen Einschränkungen im Alltag auch angesichts der Bildgebung als nicht angemessen. 4. 4.1

4.1.1

Soweit der Beschwerdeführer vortragen liess, dass auf das MEDAS-Gutachten nicht abgestellt werden könne, ist vorzuschicken, dass es den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend und beantwortet die relevante Frage nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nachvollziehbar und differenziert. Sodann beruht es auf den notwendigen Untersuchungen in al l gemeinmedizinischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht. Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Es leuchtet weiter in der Darlegung der medizinischen Situation ein; die Schlussfolgerungen sind begründet. 4.1.2

Die Rüge des Beschwerdeführers, dass die psychiatrische Exploration viel zu kurz gewesen sei, erweist sich nicht als stichhaltig. Im Gegenteil ist aus dem MEDAS- Gutachten ersichtlich, dass der Beschwerdeführer vom psychiatrischen Gutachter

Dr. F. ___ eingehend zu seinen Beschwerden, seiner Biographie und seinen aktuellen Lebensumständen befragt wurde. Es finden sich dazu im Gutachten eingehende anamnestiche Angaben (vgl. Urk. 7/218/17-18). Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass Dr. F. ___ diese detaillierten Angaben nicht ohne entsprechend zeitaufwändige Exploration zu Papier hätte bringen können. Zu erinnern ist darüber hinaus, dass es nach der Praxis (vgl. anstatt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_664/2009 vom 6. November 2009, E. 3 mit Hinweisen) für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Angesichts dessen, dass vorliegend offensichtlich keine besonders schwierigen psychiatrischen Fragestellungen zu beantworten waren, erscheint der betriebene Explorationsaufwand als ausreichend . 4.1.3

Auch die Rüge, dass die MEDAS-Gutachter „Stimmung“ gegen den Beschwerdeführer gemacht hätten, indem er als deutlich übergewichtig apostrophiert worden sei, ist nicht begründet. Zum einen ist notorisch, dass das Körpergewicht beziehungsweise ein etwaiges Übergewicht einen Einfluss auf die Beantwortung von versicherungsmedizinischen Fragen hat, weshalb derartige Angaben zum üblichen Inhalt von Gutachten gehören . Zum anderen kann den Gutachtern allein aufgrund ihrer Feststellung, dass der Beschwerdeführer bei einer Körpergrösse von 174 cm und einem Gewicht von 101 kg, mithin einem BMI von 33 kg/m² , als übergewichtig oder adipös zu bezeichnen ist, keine polemische Grundhaltung unterstellt werden. Im MEDAS-Gutachten wird der medizinische Sachverhalt vielmehr sachlich und korrekt geschildert; eine „Stimmungsmache“ ist – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – nicht erkennbar. Eben so wenig ist der Vorwurf an die Gutachter berechtigt, dass sie die Beschwerden und Probleme des Beschwerdeführers beschönigt hätten. Es liegt in der Natur der Aufgaben von Gutachtern, dass sie die geklagten Beschwerden des Exploranden zur Kenntnis nehmen und ernsthaft prüfen. Diesen Anforderungen sind die Gutachter nachgekommen. Wenn sie bei der Beurteilung der Schwere der Beschwerden beziehungsweise bei der Frage, wie stark sich die entsprechenden Störungen auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden auswirken, zu anderen Ergebnissen kommen als der Beschwerdeführer selbst (oder dessen behandelnde Ärzte) , kann allein deswegen noch nicht von einer „Beschönigung“ gesprochen werden. 4.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

2013 S.

87 Tabelle B10.3]) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 71'867. (= Fr. 59'800. x 2150/1789). Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, die - wie ausgeführt - von einem statistisch ermittelten Valideneinkommen (Hilfsarbeiterlohn im Baubereich) von Fr. 67'000. -- ausging und annahm, dass eine Aufrechnung des zuletzt erzielten Lohnes nicht in Frage komme, weil dies zu einem branchenunüblichen Ergebnis führe, verfährt demnach nicht, zumal die beiden Werte nahe beieinander liegen. 5.2 5.2.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E).

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 04-2012 S. 94 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen.

Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 5.2.2

Der Berechnung des Invalideneinkommens legte die Beschwerdegegnerin den vom Bundesamt für Statistik ermittelten Tabellenwert der LSE 2008 zugrunde, rechnete diesen auf das Jahr 2010 hoch (Nominallohnentwicklung), berücksichtigte das 70% Pensum des Beschwerdeführers und nahm einen leidensbedingten Abzug von 15% vor. Sie errechnete ein Invalideneinkommen von Fr. 37'202. (Urk. 2 S. 3). Die Berechnung des Beschwerdeführers stimmte im Wesentlichen damit überein; er errechnete ein Invalideneinkommen von Fr. 37'165. (Urk. 1 S. 9 Ziffer 26).

Auszugehen ist vorliegend von der inzwischen vom Bundesamt für Statistik publizierten LSE 2010 (Neuenburg 2012). Gemäss Tabelle TA1 betrug 2010 der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer im Anforderungsniveau 4 Fr. 4'901. (inklusive Anteil 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden), mithin Fr. 58'812. pro Jahr. Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft, 9 2013, S. 94, Tabelle B9.2) ergibt dies ein Einkommen von Fr. 61'164.50 beziehungsweise für ein 70%iges Pensum Fr. 42'815.15. Bei Berücksichtigung eines wohlwollend erscheinenden (in dieser Höhe diskutablen) und vom Beschwerdeführer nicht in Zweifel gezogenen leidensbedingten Abzuges von 15% errechnet sich ein Invalideneinkommen von Fr. 36'392.85. 5.3

Angesichts eines Valideneinkommens von Fr. 71'867. und eines Invalideneinkommens von Fr. 36'392.85 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'474.15 und ein Invaliditätsgrad von 49,36% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2), der Anspruch auf eine Viertelsrente gibt. Die angefochtene Verfügung vom 25. November 2011 (Urk. 2) erweist sich somit als korrekt. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800. festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800. werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf - 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 Der Gerichtsschreiber GräubStocker

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