

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00670 vom 20. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00670

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00670 du 20 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00670 del 20 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). 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 dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Gemäss

lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 sind Renten, die bei bestimmten Beschwerdebildern gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren zu überprüfen und werden

unter Umständen herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn (also eigentlich: obwohl) die Voraussetzungen der Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.2) - mithin eine erhebliche Änderung von Sachverhalt und Invaliditätsgrad - nicht erfüllt sind.

E. 1.4

Zusammengefasst gilt somit für eine Anpassung zugesprochener Leistungen: Soweit eine erhebliche Sachverhaltsänderung erstellt ist, folgt die Anpassung der Leistung an die geänderten Umstände den etablierten Regeln von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Fehlt es an einer erheblichen Sachverhaltsänderung, so ist in den in der Übergangsbestimmung genannten Fällen eine Anpassung der Leistung (an die geänderte Rechtslage) möglich. 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Überprüfung des Rentenanspruchs gemäss der Schlussbestimmung der Änderung des IVG vom 18. März 2011 habe ergeben, dass die gestellten Diagnosen zu den in der genannten Bestimmung angeführten gehörten (S. 1 unten). Es lägen keine objektivierbaren anatomischen Befunde vor, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten, sowie auch keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen. Somit bestehe für die Zukunft kein Rentenanspruch mehr (S. 2 oben). 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, es gehe ihm (seit dem Unfall von 1997) physisch sowie psychisch zunehmend schlechter (Urk. 1). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die erfolgte Rentenaufhebung rechtmässig ist oder der Beschwerdeführer weiterhin einen Rentenanspruch hat.

Dies hängt davon ab, ob eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung (vorstehend E. 1.2) vorliegt beziehungsweise die für bestimmte Beschwerdebilder aufgestellte Ausnahmeregelung (vorstehend E. 1.3) Anwendung findet. 3.

Der Leistungszusprache

im Jahr 2008 (Urk. 6/146/1-3), der eine Festlegung des Rentenanspruchs in Form eines Vergleichs zugrunde lag (Urk. 6/129), ging eine medizinische Begutachtung voraus:

Am 27. Februar 2007 erstatteten die Ärzte der MEDAS Y. ___ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/102). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 18 ff.) und die von ihnen am 24. Oktober und 5. Dezember 2006 (vgl. S. 1 Mitte) erhobenen Befunde (S. 22 ff.).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 4.1): - mittelgradige depressive Episode mit kognitiven Einschränkungen (F32.1) - chronisches zervikothorakospondylogenes

und zervikozephalisches Schmerzsyndrom - Spannungskopfschmerz - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Auffahrkollision November 1997 mit Verdacht auf Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und einen Status nach Treppensturz Januar 1998 (S. 31 Ziff. 4.1).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht seien dem Beschwerdeführer alle körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zumutbar, aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit sowohl für die angestammte Tätigkeit (Übersetzer, Bürokraft) wie für andere Tätigkeiten eine höchstens 20%ige zumutbare Arbeitsfähigkeit. Nach Durchführung medizinischer Massnahmen und einer Besserung der Depression einschliesslich kognitiver Beeinträchtigung könne der Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselhaltung mit Wechselbelastung zu 100 %

(8

-

E. 3

0. April 2004 im Verfahren Nr. IV.2003.00282 gut und wies die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die IV-Stelle zurück (Urk. 6/60).

Daraufhin stellte die IV-Stelle einen Begutachtungsauftrag in Aussicht (Urk. 6/68) und hielt mit Verfügung vom 30. Dezember 2004 an der in Aussicht genommenen Begutachtungsstelle fest (Urk. 6/74). Auf die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 6/76/6-9) trat das hiesige Gericht mit Beschluss vom 8. Februar 2005 im Verfahren Nr. IV.2005.00124 nicht ein (Urk. 6/76/1-5), was vom Bundesgericht mit Urteil vom 28. März 2006 bestätigt wurde (Urk. 6/84). Am 27. Februar 2007 wurde das Gutachten erstattet (Urk. 6/102).

Am 20. März 2008 wurde ein zwischen der IV-Stelle und dem Versicherten abgeschlossener Vergleich betreffend einen Rentenanspruch ab 1. März 2003 festgehalten (Urk. 6/129). Mit Verfügungen vom 11. Dezember 2008 sprach die IV-Stelle dem Versicherten unter anderem ab 1. Mai 2007 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 80 % eine ganze Rente zu (Urk. 6/146 /1-3).

E. 8

½ Stunden täglich) und körperlich schwere Tätigkeiten zu etwa 60 % (5

Stunden täglich) ausüben (S. 40 Ziff. 3). 4. 4.1

Med. pract . Z.____, Arzt und Psychoanalytiker, führte in seinem Bericht vom 15. November 2007 an die Beschwerdeführerin (Urk. 6/109) aus, er be handle den Beschwerdeführer seit dem 12. Juni 2007 (Ziff. 4.1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff. 2.1): - Status nach Beschleunigungstrauma 1997 - Status nach Treppensturz 1998 - schwere depressive Episode (F32.2), hat sich schleichend entwickelt seit 1997, Verschlimmerung seit zirka 2004

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als Übersetzer von 50 % von 2003 bis 2004, von 70 % von 2005 bis 2006, und von 100 % seit Januar 2007 (Ziff. 3) . Als Therapie nannte er eine stützende Psychotherapie (eine Stunde wöchentlich) sowie Antidepressiva (Ziff. 4.7).

In einem Bericht vom 28. August 2008 an den Krankenversicherer (Urk. 6/171/7-9) führt er med. pract . Z.____ aus, er habe die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach Beschleunigungstrauma (F45.4) gestellt, sowie einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1). Letztere müsse er heute korrigieren, es handle sich um eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) mit erheblicher Suizidalität (S. 2 Mitte). 4.2

Vom 5. bis 25. August 2008 weilte der Beschwerdeführer in der A.____, worüber am 9. September berichtet wurde (Urk. 6/156/6-9). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit / bei - Status nach Auffahrunfall am 3. November 1997 - Röntgen HWS 1997: Spondylarthrose C5/6, Hypermobilität von C2 mit diskretem Ventralgleiten auf C3 - depressive Entwicklung

Zum Verlauf wurde unter anderem ausgeführt, aufgrund der depressiven Symptomatik sei das Rehabilitationspotential limitiert gewesen; ferner sei der Beschwerdeführer durch eine

schwierige familiäre und finanzielle Situation belastet (S. 3 Mitte). 4.3

Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurologie, der den Beschwerdeführer seit dem 31. Januar 1999 behandelte (vgl. Urk. 6/156/1-5 Ziff. 1.2), berichtete am 14. November 2008 über seine Untersuchung vom Vortag (Urk. 6/156/10-11). Er

nannte folgende Diagnosen (S. 1 oben): - chronisches, posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Trauma am 3. November 1997 und Treppensturz am 24. Januar 1998 - depressive Entwicklung

In seiner Beurteilung nannte er eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit ebenso deutlich verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Dieses Beschwerdebild dürfte vorwiegend weichteilbedingt sein, da die neurologische Untersuchung normale Befunde ergeben habe. Im Verlauf sei eine depressive Entwicklung dazugekommen (S. 2). 4.4

In seinem Bericht vom 6. Februar 2009 (Urk. 6/156/1-5) nannte Dr. B.____ als Diagnose nebst dem Schmerzsyndrom nunmehr eine schwere depressive Entwicklung (Ziff. 1.1).

Er attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 3. November 1997 (Ziff. 1.6) und führte aus, bei den bestehenden Beschwerden sei eine Erwerbstätigkeit nicht möglich (Ziff. 1.7) 4.5

In einem Bericht vom 18. März 2010 führte med. pract. Z.____ (vorstehend E.

4.1) aus, der Patient sei letztmals am 15. Januar 2009 bei ihm in Behandlung gewesen (Urk. 6/171/5-6 S. 1 Mitte). 4.6

Am 31. Januar 2011 erstattete Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/181/139).

Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 6 f.) und seine am 4. Februar und 20. August 2010 (vgl. S. 1) erfolgten Untersuchungen.

Der Gutachter führte unter anderem aus, gemäss den Angaben des Beschwerdeführers erfolge eine hausärztliche Betreuung durch Dr. B.____. Verwertbare Angaben zu den durchgeführten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapien könne der Beschwerdeführer nicht machen (S. 7 Mitte).

Der Beschwerdeführer berichte, der Unfall (von 1997) habe sein ganzes Leben zerstört. Wenn er darüber nachdenke, dann werde seine Stimmung niedergeschlagen. Auch die Schmerzen selbst und die dadurch begründete Arbeitsunfähigkeit liessen ihn oft traurig sein (S. 8 unten). Seit der Trennung von seiner Ehefrau - im Jahr 2006 (vgl. S. 7 Anm. 4) - habe sich die Stimmung weiter verschlechtert. Seine psychischen Probleme seien im Verlauf sehr unterschiedlich. Betreffend Tagesablauf habe der Beschwerdeführer ausweichend geantwortet: Er sei oft bei seiner Schwester, ab und zu treffe er Kollegen. Er sehe TV und lese wenig Zeitung. Ab und zu reise er auch in den D.____; zuletzt sei er 2010 ein paar Wochen dort gewesen. Er reise meist allein mit dem Flugzeug, manchmal auch mit dem Schwager seines Bruders (S. 9 oben).

Ein beim zweiten Termin eingesetztes Fremdbeurteilungsverfahren zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome (vgl. Urk. 6/181/40-42) ergab eine Punktzahl, der zufolge ein depressives Symptom maximal in leichter Ausprägung knapp objektivierbar

war (S. 11 f.).

Der Gutachter stellte folgende Diagnosen (S. 12 Ziff. 4): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - bei Status nach Auffahrunfall November 1997 - Dysthymia (F34.1) - bei anamnestisch depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4)

Sodann erläuterte der Gutachter die Diagnosestellung gemäss ICD-10 betreffend die chronische Schmerzstörung (S. 14 ff.) und betreffend Depression (S. 17 ff.) und führte aus, dass und warum aktuell eine eigenständige depressive Episode heute nicht (mehr) begründet werden könne, und die geschilderten Symptome in Umfang und Schwere durch die Diagnose einer Dysthymia ausreichend erklärbar seien (S. 18).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und / oder eine Dysthymia führten im Fall des Beschwerdeführers aufgrund der vor allem subjektiv erlebten und willentlich tatsächlich überwindbaren Defizite aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 6). Im Gutachten von 2006 sei eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom als (Teil-) Ursache einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % festgestellt worden. Mit Sicherheit könne das Datum der zweiten Untersuchung (20. August 2010) als Ende einer durch eine depressive Episode begründbaren Arbeitsunfähigkeit benannt werden (S. 22 unten, S. 23 Mitte).

Auf die Frage nach allfälliger Aggravation, Selbstlimitierung und Symptomausweitung führte der Gutachter unter anderem aus, anlässlich der aktuellen Untersuchung könne zumindest eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz (Selbstlimitierung und Symptomausweitung) subjektiv geklagter Beschwerden erkannt werden, die im Widerspruch zu aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht objektivierbaren Befunden stünden. Die gute objektive motorische Beweglichkeit der versicherten Person und seine demonstrativ, theatralisch und inszenierte wirkende Darstellung der Beschwerden liessen sich aus fachlicher Sicht durch krankheitsfremde Aspekte hinreichend erklären. Diese krankheitsfremden Aspekte stünden bei der subjektiv deklarierten Arbeitsunfähigkeit weit überwiegend im Vordergrund (S. 36 Mitte).

Auf entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/183) nahm der Gutachter am 22. Februar 2010 noch einmal Stellung (Urk. 6/184). Den Gesundheitszustand bewerte er im Längsschnitt seit 2007 im Sinne von gebessert (S. 2 Mitte). Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dezember 2006 bis August 2010 sei aus psychiatrischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich (S. 3 oben). Zumindest plausibel sei aber, dass die versicherte Person in diesem Zeitabschnitt zunehmend an Arbeitsfähigkeit gewonnen habe (S. 3 Mitte).

Auf abermalige Nachfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/187) führte der Gutachter noch einmal aus, für die Zeit von Dezember 2006 bis August 2010 sei aus psychiatrischer Sicht eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Somit könne das Datum der zweiten Untersuchung (20. August 2010) mit Sicherheit als Ende einer aus psychiatrischer Sicht begründbaren Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit benannt werden (Urk. 6/188). 4. 7

Am 5. Juli 2012 nahm Dr. B.____ (vorstehend E. 4. 3) zur angefochtenen Verfügung Stellung und führte aus, er sei über den Entscheid nicht nur über rascht, sondern auch

empört, handle es sich doch um einen Patienten mit einer schweren Depression; das zweite Leiden sei eine ausgeprägte cervico-cephale Schmerzproblematik bei Status nach HWS-Trauma 1997 und Status nach Trep pensturz 1998 (Urk. 6/229 = Urk. 4).

5. 5.1

Die Rentenzusprache im Jahr 2008 basierte in medizinischer Hinsicht auf dem 2007 erstatteten Gutachten. In diesem Gutachten wurde aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten, jedoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 % aus psychiatrischer Sicht festgehalten, wobei als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode und ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung genannt wurden (vorstehend E. 3). 5.2

Im 2011 erstatteten psychiatrischen Gutachten wurden eine chronische Schmerz störung und eine Dysthymia diagnostiziert und ausgeführt, die früher diagnostizierte mittelgradig ausgeprägte Depression mit entsprechender Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit habe jedenfalls im August 2010 nicht mehr vorgelegen (vorstehend E. 4. 6).

Das genannte Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich. Insbesondere enthält es eine sorgfältige Herleitung der gestell ten Diagnosen inklusive einer Auseinandersetzung mit anderen denkbaren und den früher gestellten Diagnosen.

Auf eine Zustandsverbesserung weist auch hin, dass die psychotherapeutische Behandlung im Januar 2009

eingestellt wurde (vorstehend E. 4. 5). Mindestens der subjektive Leidensdruck war seit diesem Zeitpunkt offenbar nicht mehr von einer Intensität, die den Beschwerdeführer veranlasst hätte, weiterhin eine psy chiatische Behandlung zu suchen . 5.3

Der gutachterlichen psychiatrischen Beurteilung steht einzig die Intervention des Neurologen Dr. B.____ entgegen, der erklärte, er sei über den Entscheid der Beschwerdegegnerin „empört, handelt es sich doch um einen Patienten mit einer schweren Depression“ (vorstehend E. 4. 7). Der These von Dr. B.____ fehlt

jegliche nähere Begründung . Dass sich Dr. B.____ nicht mit dem fachpsychi atrischen Gutachten auseinandersetzte, ist nur verständlich, wenn es ihm gar nicht bekannt war, oder aber er als Neurologe sich nicht in der Lage sah , ihm überzeugend zu widersprechen . Zu beachten ist auch, dass Dr. B.____ in früheren Berichten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall von 1997 attestierte hatte (vorstehend 4.4), was weit über die im Gutachten von 2007 (vorstehend E. 3) und vom behandelnden Psychiater (vorstehend E. 4.5) attestierte Arbeitsunfähigkeit hinausging.

Die Intervention von Dr. B.____ nach Verfügungserlass kann somit nicht als aussagekräftige medizinische Beurteilung eingestuft werden, sondern als Aus druck der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2009 vom 17. November 2009 E. 2.2; vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 sowie Urteile 8C_768/2011 vom 7. Februar 2012 E. 5.3.3; 9C_748/2011 vom 1. Dezember 2011 E. 3.3, 9C_400/2010 vom 9. September 2010 E. 5.2, 9C_865/2009 vom 3. Dezember 2009 E. 3.2 , je mit Hinweis auf den im Strafrecht ergangenen BGE 124 I 170 E. 4 S. 17 5) und als Ausdruck der auf tragsrechtlichen Vertrauensstellung im Rahmen der seit 1999 stattfindenden hausärztlichen Betreuung des Beschwerdeführers (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Auf die Stellungnahme von Dr. B.____ kann aus den genannten Gründen nicht abgestellt werden. 5.4

Vor diesem Hintergrund erweist sich ein Abstellen auf das 2011 erstattete psychiatrische Gutachten als richtig. Demnach ist der medizinische Sachverhalt dahin gehend erstellt, dass im Verfügungszeitpunkt keine die Arbeitsfähigkeit mindernde psychische Beeinträchtigung mehr bestanden hat. 5.5

Mit dem Wegfall der 2007 gestellten, die damals attestierte Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnose(n) liegt eine wesentliche Änderung des medizinischen Sachverhalts vor, womit eine Leistungsanpassung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erfolgen darf und muss (vorstehen E. 1.2). 5.6

Aus medizinischer Sicht sind im fraglichen Zeitpunkt keine Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr ausgewiesen.

Damit fällt auch der frühere Rentenanspruch dahin, womit sich die angefochtene Verfügung als rechtens erweist.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.7

Wenn bereits aus medizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert wurde, fehlt es für eine zusätzliche rechtliche Würdigung im Sinne der Überwindbarkeitsrechtsprechung im Sinne von BGE 130 V 352 an einem Gegenstand.

Immerhin rechtfertigt sich der Hinweis, dass vorliegend offensichtliche keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorläge, ebenso wenig chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein primärer Krankheitsgewinn oder ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person . 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher
MO/TS/MT versandt

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