

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01322 vom 31. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01322

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01322 du 31 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01322 del 31 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

1/94/5, Urk. 11/105, Urk. 11/141/10-11, Urk. 11/141/13). Anfang Juni 2012 erlitt er eine anämisierende

gastrointestinale Blutung und wurde deswegen vom 3. bis 5. sowie vom 10. bis 21. Juni 2012 im Spital A.____ stationär behandelt (Urk. 11/106).

Am 7. Dezember 2012 meldete sich der Versicherte erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/94). Die IV-Stelle holte unter anderem den Bericht des Hausarztes Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 10. Februar 2013 (Urk. 11/102/5-8) ein. Mit Vorbescheid vom 5. September 2013 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 11/125).

Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 9. September 2013 Einwände (Urk. 11/126). Die IV-Stelle holte daraufhin das Gutachten des C.____

vom 26. Mai 2014 ein (Urk. 11/141). Gestützt darauf erliess die IV-Stelle am 27. Juni 2014 einen neuen Vorbescheid, womit sie die Abweisung des Rentenbegehrens an kündigte (Urk. 11/145). Der Beschwerdeführer erhob dagegen mit Schreiben vom 20. Juli 2014 Einwände (Urk. 11/148). Mit Verfügung vom 15. September 2014 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2).

E. 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). Sie 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art.

E. 1.2

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), 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 gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergibt sich ein 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. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Im Rahmen einer materiellen Revision (Art. 17 ATSG) ist die Verwaltung verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung glaubhaft gemacht worden ist, zu prüfen. Dementsprechend ist das Sozialversicherungsgericht befugt (und verpflichtet), bei Bedarf Teilaspekte des Rechtsverhältnisses von Amtes wegen aufzugreifen, selbst wenn diese bereits in der früheren rechtskräftigen Verfügung beurteilt wurden (Urteile des Bundesgerichts 9C_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen). 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 15. Dezember 2014 (Urk. 4) überwies die IV-Stelle die Beschwerde des Versicherten vom 18. September 2014 (Urk. 1/1) gegen die Verfügung vom 15. September 2014 (Urk. 2) an das hiesige Gericht, ergänzt mit Schreiben des Beschwerdeführers vom 14. Oktober 2014 (Urk. 1/2, Urk. 8) und unter Beilage der Berichte von Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Oktober 2013, vom 12. Februar und vom 2. April 2014 (Urk. 3/1-3). Der Versicherte

beantragt sinngemäss, es sei die Verfügung vom 15. September 2014 aufzuheben und es sei ihm eine Rente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 1. März 2015 (Urk. 13, Urk. 18) nahm der Beschwerdeführer dazu Stellung und reichte den Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 13. Februar 2015 (Urk. 14) ein. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 10. April 2015 auf eine Stellungnahme (Urk. 21).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, gestützt auf das C.____-Gutachten vom 26. Mai 2014 sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer weiterhin sowohl die angestammte Tätigkeit als Taxiunternehmer als auch jede leidensangepasste, mithin körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei. Den C.____-Gutachten sei bei ihrer Einschätzung bekannt gewesen, dass er bei Dr. D.____ in psychiatrischer Behandlung sei und eine 30%ige Suva-Rente erhalte. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der C.____-Gutachter entspreche jener, wie sie beim Rentenanspruch bis 31.

März 2005 vorgelegen habe. Es resultiere demnach ein 30%iger rentenausschliessender Invaliditätsgrad (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, er habe seit dem Verkehrsunfall vom 1. Juni 1999 nie mehr als zu 50 % gearbeitet. Seit dem Aufenthalt im Spital A.____ wegen einer inneren Blutung am 2. Juni 2012 sei er nicht wieder richtig auf die Beine gekommen. Es habe nicht festgestellt werden können, woher das komme, aber er habe total geblutet. Die Ärzte meinten, das sei wahrscheinlich wegen der vielen Schmerzmittel. Sie hätten nicht gewusst, was mit ihm los ist, da er am Morgen nicht aufstehen können und total konzentrationlos gewesen sei. Er sei so erschöpft gewesen, dass er nicht 200 Meter habe laufen und nicht alleine habe duschen können. Er habe versucht, von Ende

2012 bis März 2013 in einem Pensum von 20 bis 30 % zu arbeiten , jedoch habe er in dieser Zeit wegen seiner Konzentrationsschwäche mehr Bussen gehabt, als Umsatz gemacht. Daher habe er Ende März 2013 ganz aufgehört, Taxi zu fahren. Sein Hauptproblem sei die (mangelnde) Konzentration und ständige Müdigkeit. Er sei nicht mehr in der Lage, sich länger als eine Stunde oder ein einhalb Stunden zu konzentrieren. Es werde erwartet, dass er mit 30 mg Cipralex arbeite und Menschen fahre, was sie und ihn gefährde. Die Ärzte des C.____ hätten ihn nur eine halbe Stunde gesehen und seine behandelnden Ärzte seien nicht gefragt worden. Seit der Hospitalisierung im Jahr 2012 dürfe er keine Schmerzmittel mehr nehmen ausser Cortison. Ende Mai 2013 sei er kurz geschäftlich in G.____ gewesen und habe dort einen starken Schwächeanfall gehabt. Prof. Dr. H.____ habe eine starke Depression festgestellt. Er habe sich daher nach seiner Rückkehr am 31. Mai 2013 bis Herbst 2014 in die Behandlung von Dr. D.____ begeben. Die Probleme mit seinem jüngsten Sohn

(mit drohender Fremdplatzierung des Kindes) habe er Ende 2013 gehabt und dies habe seine gesundheitliche Situation zusätzlich verschlimmert. Im Herbst letzten Jahres (2014) habe er unerträgliche Schmerzen im Bereich Kopf und Nacken gehabt. Dr. E.____ habe daraufhin festgestellt, dass er verschiedene Abnutzungen im Nacken und eine Spondylose habe. Daraufhin habe er im I.____ Spital eine Cortisonspritze direkt in den Hals erhalten. Bisher hätten die Ärzte ihn immer angelogen und behauptet, die bildgebenden Abklärungen hätten nichts ergeben

(Urk. 1/1 , Urk.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Da die Beschwerde gegnerin auf die Neuanschuldung eingetreten ist, hat das Gericht in materiell - rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit der Verfügung vom 18. Juni 2009, mit welcher die ganze Rente per Ende März 2005 aufgehoben worden war

(Urk. 11/76, Urk. 11/87 /1-2) ,

bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. September 2014 (Urk. 2) in leistungs begründendem

Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet da bei recht sprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs begründung (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundes gerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hin weis). 3.

3.1

Die mit Verfügung vom 18. Juni 2009 (Urk. 11/87/1-2) befristet ausgesprochene ganze Rente wurde per Ende März 2005 mit der Begründung aufgehoben , dass gestützt auf das Gutachten des J.____ vom 1. März 2005 (Urk. 11/41/49-74) ab diesem Datum von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit auszugehen sei. Durch den zweiten Unfall vom 9. Januar 2006 sei die Arbeitsfähigkeit nur während des Spitalaufenthalts und der Rekonvaleszenzzeit

nach der arthroskopischen Meniskusreparatur vorübergehend beeinträchtigt gewesen sei. Ansonsten entspreche die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer auch bezüglich der Kniebe

schwerden einer ideal adaptierten Tätigkeit. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad ab März 2005 von 70 %

(Urk. 11/76/2) .

Gemäss dem Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin vom 30. Juni 2008 (Urk. 11/64) stellte sie bei ihrem Entscheid auf die Stellungnahme von Dr. med.

K.____, Facharzt für Chirurgie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Art. 59 Abs. 2 bis IVG, Art. 47 ff. IVV) vom 3. Januar 2008 ab, der mit Verweis auf das Gutachten des J.____ vom 1. März 2005 (Urk. 11/41/49-74) und den Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, vom 20. Dezember 2007 (Urk. 11/55/2-6) auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit schloss (Urk. 11/64/4-5).

Dem Gutachten des J.____ vom 1. März 2005, das im Auftrag der Suva erstellt worden war,

ist zu entnehmen, dass Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, die folgenden Diagnosen stellte: Chronisches, therapierefraktäres, myofasciales Schmerzsyndrom zervikothoracal links mit begleitender cephaler Symptomatik (Kopfschmerzen) mit/bei Zustand nach Wirbelsäulentrauma anlässlich eines Verkehrsunfalls vom 1.

Juni 1999, altersentsprechende degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Zustand nach Magenteilresektion bei anamnestisch Ulcusleiden und Präkanzerose. Die klinisch fassbaren myofascialen Veränderungen würden mit dem geklagten Beschwerdebild korrelieren. In der insgesamt wenig rückenbelastenden Tätigkeit mit möglicher Wechselbelastung als Taxichauffeur und -unternehmer sei eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben (Urk. 11/41/62-64) .

Der Kreisarzt Dr. L.____ erklärte im Bericht vom 20. Dezember 2007, die klinische Untersuchung des linken Kniegelenkes vom 19. Dezember 2007 habe wenig eindrückliche Befunde ergeben. Und zwar hätten eine leichte Reizsituation und Schwellung, ein erhaltenes Muskel- und Sehnenrelief, eine minimale Belastungsintoleranz, eine leichte endständige Bewegungseinschränkung, ein indolenter Gelenkspalt und stabile Bandverhältnisse bestanden. Die kleine Restbelastungsintoleranz sei in den Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils gemäss dem rheumatologischen Gutachten (des J.____) vom 1. März 2005 mit einer Erwerbsminderung um 30 % eingeschlossen. Die Einsatzfähigkeit habe sich durch die Restsymptomatik am linken Kniegelenk nicht verändert (Urk. 11/55/4-5).

Von

dieser Sachlage

ist als Vergleichsbasis auszugehen. 3.2

3.2.1

Mit der Neuanschuldung vom 7. Dezember 2012 machte der Beschwerdeführer unter Beilage des Zeugnisses des Spitals A.____ vom 12. Oktober 2012 (Urk. 11/95/1) und von Dr. B.____ vom 22. Oktober 2012 (Urk. 11/95/2) eine gesundheitliche Beeinträchtigung mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. Juni 2012 geltend (Urk. 11/94/6).

Dr.

B.____ führte im Bericht vom 10. Februar 2013 die Diagnosen einer HWS-Distorsion, rezidivierend, mit/bei Kopfkontusion mit Rissquetschwunde am 24. Juni 1996 und Auffahrunfall vom 1. Juni 1999 (seit 2005 30%ige Suva-Rente), einer Meniskusläsion (2006) und eines Chronic

fatigues Syndroms seit Juni 2012 auf. Im Juni 2012 habe der Beschwerdeführer eine akute schwere gastrointestinale Blutung bei bekanntem Malt-Lymphom erlitten (vgl. die Berichte des Spital A.____ vom 11. Juni und vom 20. Juni 2012, Urk. 11/106) und im Anschluss daran ein

Chronic

fatigues

Syndrom entwickelt. Als Befunde hielt er eine Fehllagerung der HWS mit gewissen Tic-Bewegungen und massivem Hartspann der nuchalen Muskulatur fest. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Taxichauffeur und Inhaber eines Taxiunternehmens sei seit 2007 zu 50 % und ab dem 26. September 2012 zu 100 % eingeschränkt. Einschränkend seien dabei in körperlicher Hinsicht die schmerzhaften Muskelverspannungen der HWS und der nuchalen Muskulatur sowie in geistig/psychischer Hinsicht die massive Leistungsinsuffizienz, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Unachtsamkeit im Strassenverkehr (viele Bussen). Er vergesse Termine, könne sich nicht konzentrieren und mache viele Fehler im Bürobereich (Urk. 11/102/5-6). 3.2.2

Am 28. und 30. April 2014 wurde der Beschwerdeführer

im C.____

von einem rheumatologisch en, allgemein internistisch en, neurologisch en und psychiatrisch en Facharzt

untersucht und begutachtet (Urk. 11/140/2, Urk. 11/141/2). Gemäss dem

C.____ - Gutachten vom 26. Mai 2014 (Urk. 11/141) klagte der Beschwerdeführer

über ständige Müdigkeit und Konzentrationsschwäche, welche seit 2012 bestünden. Er leide unter Einschlaf- und Durchschlafproblemen. Er müsse zirka zwei- bis dreimal zum Wasserlöschen aufstehen und er habe auch Mühe dann wieder einzuschlafen. Tagsüber leide er auch unter einer Pollakiurie und er schlafe manchmal ungewollt ein. Ausserdem bestünden ständige Nackenschmerzen links mit Ausstrahlung in den linken Schädel und in den linken Oberarm bis zum Ellbogen sowie bis zum linken Schulterblatt. Diese Schmerzen würden beim längeren Autofahren (mehrere Stunden) und wiederholt krisenartig verstärkt auftreten. Er lasse sich dann meistens von seinem Hausarzt eine Spritze geben. Die chronischen linksseitigen cervikothorakalen Beschwerden hätten sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Ausserdem würden auch Nausea und Schwindelsymptome auftreten. Insgesamt habe sich die Schmerzintensität im Vergleich zu früheren Jahren leicht zurückgebildet. Zusätzlich leide er (weiterhin) an intermittierend auftretenden Kniegelenksbeschwerden links, welche vor allem beim Treppaufwärtslaufen auftreten würden, ähnlich auch auf der rechten Seite (Urk. 7/141/10, Urk. 7/141/17-18, Urk. 7/141/21-22).

Die C.____ -Gutachter kamen zum Schluss, es habe weder aus allgemein internistischer noch aus neurologischer Sicht eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Die Prostatahyperplasie (ICD-10 N40) und der Vitamin-D-Mangel

(ICD-10 E55.9) seien Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dasselbe gelte für den Status nach Magenresektion bei MALT- (Mucosa -Associated-Lymphoid- Tissue -) Lymphom im Jahr 1995 (ICD-10 C88.4) und den Status nach anämischer gastrointestinaler Blutung im Juni 2012 (ICD-10 K92.2).

Aus rheumatologischer Sicht habe sich

eine leichte Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform gefunden. Die HWS habe eine endphasige einschränkende Rotation und Lateralflexion nach links gezeigt. Klinisch habe eine Dysfunktion zwischen C3 und C6 links imponiert, während die Funktion nach rechts unauffällig gewesen sei. Als Korrelat zur dokumentierten Femoropatellararthrose habe ein deutliches femoropatellares

Krepitieren links bestanden. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen zu stellen: 1. Chronisches cervikocephales /- scapuläres bis cervikobrachiales

Schmerzsyndrom links mit/bei Status nach HWS-Distorsion bei Autoaufnahmefall am 1. Juni 1999, Status nach Kopfkontusion mit Rissquetschwunde am 14. Juni 1996, mässig ausgeprägte indolente Myogelosen der Suboccipital-, Trapezius- sowie der interscapulären Muskelgruppen, klinisch Dysfunktion C3 C6 links, anamnestisch gemäss Röntgenbilder und Magnetresonanztomographie -(MRT-)Aufnahmen 1992-2002: Sementdegeneration C6/7 ohne Kompression von neuralen Strukturen, keine Hinweise für relevante thorakale Pathologien; 2. Femoropatellararthrose links (ICD-10 M17.9) mit/bei Status nach traumatischer Kniegelenksdistorsion links im Januar 2006 mit medialer Meniskus hinterhornläsion und Status nach arthroskopischer

Teilmeniskektomie am medialen Hinterhorn bis zum Corpus links am 23. Juni 2006, arthroskopisch festgestellte Chondropathie Grad III bis IV der Trochlea bei unauffälligem retro patellärem

Knorpelüberzug sowie leichte Chondropathie Grad II am medialen Femurkondylus, intermittierend belastungsabhängige Kniegelenkschmerzen beidseits linksbetont. Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Taxichauffeur und in jeder anderen körperlich leichten bis selten mittel schweren, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könne. Es müsse daher eine psychische Überlagerung angenommen werden. Es handle sich dabei um eine somatoforme Störung (ICD-10 F45.8). Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dessen indes nicht eingeschränkt und weitere psychiatrische Diagnosen hätten nicht gestellt werden können (Urk. 11/141/24-25). 3.3

3.3.1

Es ist ausgewiesen, dass die Beschwerden im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in die linke Schädelseite und den linken Arm sowie am linken Kniegelenk bereits bei Erlass der Verfügung vom 18. Juni 2009 (Urk. 11/87/1-2) bestanden hatten. Insofern hat sich im hier zu beurteilenden Zeitraum (BGE 132 V 220 E. 3.1.1) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vor 15. September 2014 (Urk. 2) keine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben.

So waren die geklagten intermittierenden belastungsabhängigen Kniegelenkschmerzen linksbetont bereits im

Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. L.____ vom 20. Dezember 2007 (Urk. 11/55/2-6) aufgeführt. Der rheumatologische C.____-Gutachter hielt entsprechend fest, an den unteren Extremitäten habe als Korrelat zu der bereits 2006 dokumentierten Femoropatellararthrose ein deutliches femoropatellares

Krepitieren links bestanden (Urk. 11/1141/20). Insofern unverändert fiel auch die Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit aus, indem die C.____-Gutachter folgerichtig - wie bereits damals der Suva-Kreisarzt Dr. L.____ (Urk. 11/55/5) - weiterhin auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit schlossen (Urk. 11/141/25).

Hinsichtlich der chronischen cervikothorakalen Beschwerden hat der Beschwerdeführer anlässlich der C.____-Begutachtung selbst angegeben, dass sich diese in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert hätten (Urk. 11/141/17-18).

Schon damals, anlässlich der Begutachtung im März 2005, hatte der Beschwerdeführer ein Schmerzpegel mit einem Minimum 3-4 und maximal 7-8 angegeben, was der damalige Gutachter als erheblich und als mit den klinischen Befunden von schmerzhaften Myotonien korrelierend bezeichnete (Urk. 11/41/61). Der rheumatologische C.____-Gutachter hielt dazu nachvollziehbar fest, dass insgesamt von einem chronischen Status in Bezug auf die cervikalen, cervikopulvaren und cervikobrachialen Schmerzen links ausgegangen werden könne, wie dies bereits im letzten Gutachten (des J.____) zuhanden der Suva vom März 2005 (Urk. 11/41/62-64) postuliert worden sei (Urk. 11/141/20).

In muskuloskelettaler Hinsicht ist somit von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. Auch aus dem Bericht des Hausarztes Dr. B.____ vom 10. Februar 2013 (Urk. 11/102/5-7) ergibt sich diesbezüglich nichts anderes. 3.3.2

Daran vermag auch der vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht von Dr. E.____ vom 13. Februar 2015 (Urk. 14) nichts zu ändern. Denn darin wurden

lediglich die Diagnosen einer Cervikalgie, eine Spondylarthrose C2/3 links mit Foramenstenose und der Status nach Auffahrunfall in den Jahren 1999 und 2003

aufgeführt (Urk. 14). Degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule waren indes auch in den früheren Berichten schon erwähnt worden. So war im Bericht der Rheumatologie der N.____ Klinik vom 15. März 2001 nebst einer ausgeprägten Insertionstendinopathie und einer Dysfunktion C1/C3 und Th5/7 eine leichte Osteochondrose C6/C7, eine nicht kompressive Diskushernie C3/C4 mediolateral rechts und ein moderat eingengtes Foramen intervertebrale C4/C5 linksseitig festgehalten worden (Urk. 11/41/195).

Auch wurden die HWS-Beschwerden von den C.____-Gutachtern hinlänglich als Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (Urk. 11/141/18-20) und das Anforderungsprofil zur 70%igen Restarbeitsfähigkeit entsprechend formuliert, wonach dem Beschwerdeführer weiterhin nur körperlich leichte bis selten mit teilschweren Tätigkeiten zumutbar seien (Urk. 11/141/18-25).

Soweit mit dem Bericht von Dr. E.____ vom 13. Februar 2015 neu aufgetretene, zusätzliche degenerative Veränderungen geltend gemacht werden, welche eine zusätzliche Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit haben, ist entscheidend zu beachten, dass Dr. E.____ von einer periradikuläre Therapie (PRT) vom 27. Januar 2015 und einer Untersuchung vom 13. Februar 2015 berichtet, was den Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. September 2014 (Urk. 2) betrifft, der hier indes nicht zu beurteilen ist. 3.4

Die von den C.____ -Gutachtern anlässlich der Begutachtung Ende April 2014 (Urk. 11/141/2) gestellten allgemeinen internistischen Diagnosen einer Prostatahyperplasie (ICD-10 N40),

eines Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E55.9) und der Status nach anämisierender gastrointestinaler Blutung (Juni 2012; ICD-10 K92.2)

sodann lagen - soweit aktenkundig -

im Jahr 2009 noch nicht vor. Insofern hat sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit Mitte 2009 (Urk. 11/76, Urk. 11/87) ergeben. Der allgemeininternistische C.____ -Gutachter beurteilte diese Diagnosen indes überzeugend als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/141/12). Denn ausser einem niederen Wert für Vitamin D

was allgemein hin leicht behandelbar und kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit ist -

seien die übrigen Laboruntersuchungen unauffällig gewesen. Auch der Ferritinwert sei nicht erniedrigt gewesen. Eine Anämie, wie sie durch die gastrointestinale Blutung eingetreten war (Urk. 11/106/2-3), lag somit nicht mehr vor. Die Hospitalisation im Spital A.____

mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/95/1) war denn auch nur vom 3. bis 5. Juni und vom 10. bis 21. Juni 2012 erfolgt (Urk. 11/106/2). Auch der Hausarzt Dr. B.____ begründete die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht mit einer der allgemeinen internistischen Diagnosen (Urk. 11/102/5-6), namentlich auch nicht mit dem Status nach anämisierender gastrointestinaler Blutung, sondern mit einer erst daraufhin eingetretenen Folgeerscheinung, welche er als Chronic

fatigue Syndrom einordnete. Es ist vor diesem Hintergrund daher nachvollziehbar, dass der allgemein internistische

C.____ -Gutachter zum Schluss kam, dass die diagnostizierten allgemeinen internistischen Erkrankungen wohl vorübergehend zu Arbeitsunfähigkeiten hätten führen können, dass jedoch kein Hinweis darauf bestanden habe, dass die Arbeitsfähigkeit aus allgemeiner internistischer Sicht im Verlauf jemals längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (Urk. 11/141/12). Eine für den Rentenanspruch relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit länger an dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Art. 29 bis IVV) ist damit auch hinsichtlich der genannten allgemeinen internistischen Diagnosen zu verneinen. 3.5 3.5.1

Gemäss dem Bericht von Dr. B.____ vom 10. Februar 2013

ist im Anschluss an die anämisierende gastrointestinale Blutung vom Juni 2012

ein Chronic

fatigue Syndrom aufgetreten (Urk. 11/102/5-6). Diese Diagnose wird auch in den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr.

D.____ aufgeführt (Urk. 3/1-3) . Von den C.____ -Gutachtern wurde diese Diagnose dagegen nicht gestellt , neu wurde gemäss dem C.____ -Gutachten allerdings eine somatoforme Störung (ICD-10 F45.8; Urk. 11/141/24) diagnostiziert.

Dr. B.____ begründete die Diagnose eines Chronic

fatigue Syndroms mit den Symptomen einer absoluten Leistungsinsuffizienz, Konzentrationsstörung und Vergesslichkeit. Es seien vier der im Harrison genannten fünf Kriterien erfüllt (Urk. 11/102/6). Welche vier dieser Kriterien erfüllt seien, führte Dr. B.____ indes nicht aus. Auch Dr. D.____

hat in den Berichten vom 31. Oktober 2013, vom 12. Februar und vom 2. April 2014 (Urk. 3/1-3) nicht beschrieben, aufgrund welcher Befunde sie auf diese Diagnose schloss. Erwähnt wurden Symptome, welche auf subjektive Wahrnehmungen und Schilderungen des Beschwerdeführers beruhen, namentlich gesunkene Belastbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und starke Müdigkeit. Diese Symptome waren indes bereits vor der anämisierenden gastrointestinalen Blutung im Juni 2012 angegeben worden . So war bereits im Gutachten des J.____ vom 1. März 2005

festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer nebst den Nacken- und Kopfbeschwerden Schlafstörungen, Orientierungsschwächen , Konzentrationsstörungen und eine vermehrte Vergesslichkeit geschildert habe (Urk. 11/41/56). Im Bericht von Dr. med. O.____ , Spezialarzt für Neurologie, vom 1. September 2004 war über dies aufgeführt worden, dass der Beschwerdeführer einige Stunden in der Woche Büroarbeiten erledige und bei diesen Konzentrationsstörungen bemerke (Urk. 11/41/68).

Die damalige neuropsychologische Untersuchung hatte jedoch gemäss dem Bericht der P.____ vom 29. April 2004 einen unauffälligen Befund ergeben (Urk. 11/41/101-102) .

Dr.

B.____ hielt im Bericht vom 10. Februar 2013 weiterhin fest, dass die Beschwerden mit Konzentrationsstörungen, vorzeitiger Ermüdung und anhaltenden starken Kopfschmerzen seit dem Unfall vom 1. Juni 1999 bis heute nicht gebessert hätten (Urk. 11/102/6). Dr. D.____ führte im Bericht vom 31. Oktober 2013 aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 5. Juli 1999 unter Schwindel, Kopf- und Nackenschmerzen und auch unter Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie unter Lärm- und Lichtempfindlichkeit leide (Urk. 3/1 S. 1). Insofern kann nicht von einer neu aufgetretenen Symptomatik respektive von einem veränderten Gesundheitszustand seit Juni 2009 (Urk. 11/76, Urk. 11/87) gesprochen werden. 3.5.2

Hinzu kommt, dass weder von der psychiatrischen Fachärztin Dr. D.____ noch vom psychiatrischen C.____ -Gutachter entsprechende Befunde im Psychostatus objektiviert werden konnten . Sowohl in den Berichten von Dr. D.____ vom 31. Oktober 2013 und vom 12. Februar 2014 (Urk. 3/1-2) als auch im psychiatrischen C.____ -Teilgutachten vom 30. April 2014 (Urk. 11/141/14-15) wurden Anzeichen für Konzentrationsstörungen verneint und eine unauffällige Merkfähigkeit, Auffassung sowie Gedächtnisleistung festgehalten.

Dem psychiatrischen C.____ -Teilgutachten ist zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer keinerlei depressive Symptome gezeigt habe, die Stimmung ausgeglichen, zuweilen auch heiter gewesen sei und der Beschwerdeführer einen aktiven, energischen Eindruck gemacht habe. Die von ihm geklagte Müdigkeit habe in keiner Art und Weise beobachtet

werden können (Urk. 11/141/15). 3.5.3

Des Weiteren hat Dr. D.____

die Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 31. Oktober 2013 aus psychiatrischer Sicht als lediglich leicht beeinträchtigt beurteilt (Urk. 3/1 S. 2), was der bisher und von den C.____-Gutachtern weiterhin attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit nicht entgegensteht. 3.6
3.6.1

Zu beachten ist sodann, dass es sich bei der Diagnose eines Chronic

fatigue Syndroms (auch chronisches Erschöpfungssyndrom genannt, ICD-10 G93.3) ebenso wie bei der vom psychiatrischen C.____-Gutachter gestellten Diagnose einer somatoformen Störung (ICD-10 F45.8; Urk. 11/141/15) und auch bei einer spezifischen und unfalladäquaten HWS-Distorsion [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279)

um pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder (vgl. Aufzählung in: BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) handelt, welche unter Berücksichtigung des mit dem Leitentscheid

BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) präzisierten

strukturierten, normativen Prüfungsrasters

zu beurteilen sind. Hierbei sind die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens

mit einem Katalog von sogenannten Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4). Das Prüfungsraster gestaltet sich wie folgt: Unter die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3)

fällt der Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnose relevanten Befunde (E. 4.3.1.1), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3.1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3), ausser dem Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3). Unter der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) ist die gleichmässige Einschränkung der Aktivitäten in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant. 3.6.2

Der psychiatrische C.____-Gutachter hat die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dagegen im Hinblick auf die von ihm gestellte Diagnose einer somatoformen Störung (ICD-10 F45.8) noch nach den Kriterien der bisherigen Rechtsprechung (BGE 130 V 352, vgl. auch BGE 136 V 279 E. 3.2) geprüft und dabei eine psychische Komorbidität (von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer), eine chronische körperliche Begleiterkrankung, einen sozialen Rückzug und einen primären Krankheitsgewinn verneint (Urk. 11/141/15).

Dennoch ist von einer neuen Begutachtung abzusehen. Denn im Hinblick auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden nach BGE 141 V 281 ist nicht in jedem Fall

eine weitere Begutachtung angezeigt. Danach verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, sofern eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren möglich ist (BGE 141 V 281 E. 8). Zudem gilt auch nach neuer Rechtsprechung weiterhin, dass insbesondere bei Vorliegen eines solchen unklaren Beschwerdebildes eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich ist und medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). 3.6.3

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

(BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) ist den Akten zu entnehmen, dass diese nicht besonders eindrücklich sind. Eine besondere, seit 2009 erhöhte Müdigkeit und Konzentrationsstörung konnte nicht objektiviert werden (vgl. E. 3.5.2 hiervor). Die Diagnose einer somatoformen Störung (ICD-10 F45.8; Urk. 11/141/15) wurde gemäss dem psychiatrischen C.____-Teilgutachten lediglich aufgrund des nicht objektivierbaren Ausmasses der geklagten Beschwerden und der subjektiven Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, gestellt (Urk. 11/141/15).

Auch eine erhebliche Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht gegeben.

Besondere emotionale oder psychosoziale Belastungsfaktoren wurden gegenüber den C.____-Gutachtern nicht geschildert. Der Beschwerdeführer hat nach eigenen Angaben gegenüber dem psychiatrischen C.____-Gutachter ein gutes Verhältnis zu seiner Ehefrau, die bei der Spitex arbeite, und er ist in den familiären Tagesablauf eingebunden. So nehme die Familie gemeinsam das Mittagessen ein, nachmittags kümmere er sich um die Post, mache danach einen Spaziergang und fahre um 17 Uhr den Sohn ins Fussballtraining. Um 20 Uhr hole er ihn wieder ab. Abends kümmere er sich um sein Geschäft, was er meistens per Telefon erledige (Urk. 11/141/14). Den Nachtclub habe er 2011 mit einem Kollegen gekauft. Mittlerweile habe er den Club allein übernommen, er beschäftige eine Angestellte. Es handle sich um eine Kontaktbar mit darüber

liegenden Zimmern, die er an Prostituierte vermiete. Da er lärmempfindlich sei, halte er sich nur sehr ungern abends in der Bar auf. Er kümmere sich aber um das Administrative, erledige Bestellungen, schaue, dass die Prostituierten Arbeitsbewilligungen erhielten. Der Geschäftsverlauf sei rückläufig, es gebe viel Konkurrenz (Urk. 11/141/13-14). Dem Handelsregisterauszug zur Y.____ GmbH ist zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zusätzlich

immer noch Geschäftsführer dieses Taxiunternehmens ist (Urk. 23), wobei nicht bekannt ist, in welchem Umfang er für dieses arbeitet und ob er damit Einnahmen generiert.

In der Replik hat der Beschwerdeführer des Weiteren ausgeführt, dass er im Mai 2013 geschäftlich nach G.____ gereist sei (Urk. 18 S.

1). Dazu in gewissem Widerspruch steht die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber dem allgemeinmedizinischen

C.____-Gutachter, er verbringe seine Zeit meistens liegend zuhause (Urk. 11/141/11).

Diese Sachlage verdeutlicht jedenfalls den Befund gemäss dem psychiatrischen C.____-Teilgutachten, dass sich aus den Schilderungen des Beschwerdeführers keine Hinweise

auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben hätten (Urk. 11/141/15). Bezüglich des Komplexes der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) sind auch keine anderen Hinweise auf auffällige, die Ressourcen seit hemmende Faktoren in der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur und in den grundlegenden psychischen Funktionen vorhanden.

Es ist

des Weiteren von einem weitgehend unterstützenden sozialen Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) auszugehen, wenn auch die allein in den Berichten von Dr. D.____ geschilderten besonderen Ereignisse dies temporär ab Mitte Dezember 2013 relativieren mögen. So ist der Beschwerdeführer

gemäss dem Bericht vom 12. Februar 2014 am 18. Dezember 2013 am Flughafen Kloten verhaftet worden. Er sei wegen des Verdachts auf Kindesmissbrauch des 6-jährigen Sohnes 30 Tage in Untersuchungshaft gewesen (Urk. 3/2 S. 1). Es bestehe die Gefahr, dass der jüngste Sohn in einem Kinderheim platziert werde, was den Beschwerdeführer stark belastet. Er ziehe sich vermehrt zurück und in der Anwesenheit anderer fühle er sich unwohl (Urk. 3/3). Auch wenn diese Situation für den Beschwerdeführer und seine Familie belastend (gewesen) sein mag, müssen die direkten negativen funktionellen Folgen dieser sozialen Belastungen recht sprechungs gemäss

jedenfalls ausgeklammert bleiben (BGE 141 V 281 E. 4.3.3).

Beweisrechtlich entscheidend ist hier schliesslich auch der Aspekt in der Kategorie "Konsistenz", insbesondere in Bezug auf den Indikator einer

gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E.

E. 4

Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 4.5

). Eine solche Einschränkung ist beim Beschwerdeführer angesichts des nach wie vor beachtlichen Aktivitätsniveaus in verschiedenen Bereichen nicht gegeben, womit die massgebliche

funktionelle Auswirkung

nicht begründet ist. 3.6. 4

Insgesamt ist damit - letztlich entsprechend der Einschätzung der C.____ -Gutachter - ein rechtsgenügender Bezug zwischen der gestellten

psychiatrischen Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, aber auch eines Chronic fatigues Syndroms, und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer (wie geltend gemacht vollständig) eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu verneinen.

Bei gesamthafter Betrachtung über alle massgeblichen Indikatoren hinweg ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Erhöhung des Invaliditätsgrades führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die materiell

beweisbelastete versicherte Person zu tragen (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). 3.7

Es ist nach dem Gesagten daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegnerin auf die Einschätzung des C.____-Gutachtens vom 26. Mai 2014 (Urk. 11/141/24-26) abgestellt hat und im massgebenden Vergleichszeitraum vom 18. Juni 2009 (Urk. 11/76, Urk. 11/87) bis 15. September 2014 (Urk. 2) unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten von einer unveränderten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von 70 % ausgegangen ist. Was der Beschwerdeführer des Weiteren vorbringt,

rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise.

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 4 .

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen, ermessensweise

auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangs gemäss dem Beschwerdeführer aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ unter Beilage einer Kopie von Urk. 23 und Urk. 24 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 23 und Urk. 24 - 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, zu zustellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

E. 8

, Urk. 18).

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