

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00528 vom 9. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00528

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00528 du 9 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00528 del 9 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, stellte am 19. September 2013 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, ein Gesuch um Kostengutsprache für orthopädische Serienschuhe (Urk. 10/6). Mit Zusatzgesuch vom 28. Januar 2014 (Eingangsdatum) meldete er sich bei der IV-Stelle unter Hinweis auf eine Alkaptonurie (angeborene Stoffwechselkrankheit) zum Leistungsbezug an (Urk. 10/29). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen erteilte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Mai 2014 Kostengutsprache für Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen (Urk. 10/60). Im Folgenden holte sie weitere medizinische und erwerbliche Unterlagen ein, insbesondere auch das polydisziplinäre Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie) des Y.____ vom 12. Januar 2015 (Urk. 10/82). Mit Verfügung vom 3. Juni 2015 sprach die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente ab 1. August 2014 zu (Urk. 10/109; Verfügungsteil 2, Urk. 10/101).

Hiergegen erhob der Versicherte am 2. Juli 2015 Beschwerde am hiesigen Gericht (Urk. 10/116/3 ff.), welche mit Urteil vom 13. Juli 2016 abgewiesen wurde (Verfahrensnummer IV.2015.00728; Urk. 10/136). Das Bundesgericht wies die hiergegen erhobene Beschwerde vom 14. September 2016 (Urk. 10/138/2 ff.) mit Urteil vom 17. November 2016 ab (8C_619/2016, Urk. 10/139).

Am 23. Februar 2016 hatte der Versicherte wiederum ein Gesuch um Schuhzurichtung eingereicht (Urk. 10/126), welches mit Verfügung vom 5. Juli 2016 gut geheissen worden war (Urk. 10/134).

E. 1.2

Mit Schreiben vom 1. Februar 2017 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert habe und reichte drei Arztberichte ein (Urk. 10/142). Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2017 stellte die IV-Stelle Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht (Urk. 10/144), wogegen der Versicherte am 22. März 2017 Einwände einreichte (Urk. 10/146). Mit Verfügung vom 5. April 2017 trat die IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Beschwerdeführer am 14. Mai 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auf das Gesuch einzutreten, den medizinischen Sachverhalt erneut abzuklären und neu zu verfügen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 unter Beilage ihrer Akten,

Urk. 10/1-152), was dem Beschwerdeführer am 12. Juli 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

E. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2.2

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür (Urk. 2), dass die Beschwerdeschilderung in den eingereichten Berichten mit denen im Gutachten des Y.____

vom 12. Januar 2015 übereinstimme. Damit sei eine Verschlechterung nicht feststellbar und es sei auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten.

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass die behandelnden Ärzte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes attestiert hätten. So hätten die Ärzte des Z.____ festgestellt, dass er an schweren Depressionen leide, im Bericht vom A.____ werde eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert und Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, habe festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe und er vollumfänglich arbeitsunfähig sei. Damit sei eine Verschlechterung erstellt (Urk. 1). 2.

E. 3.1

Die Verfügung vom 3. Juni 2015 stelle im Wesentlichen auf das Gutachten des Y.____ vom 12. Januar 2015 ab (vgl. Urk. 10/101; Urk. 10/136 und Urk. 10/139).

E. 3.1.1

Die begutachtenden Ärzte des Y.____ konstatierten in ihrer konsensualen Beurteilung im Gutachten vom 12. Januar 2015, dass beim Beschwerdeführer seit 2010 eine Alkaptonurie bekannt sei (Urk. 10/82/27). Bei diesem autosomal rezessiv vererbten Defekt der Homogentisinsäureoxydase, einem Enzym im Abbauweg der Aminosäuren Phenylalanin und Tyrosin, werde oxydierte Homogentisinsäure im Gewebe angereichert. Anlass zur Abklärung hätten bläuliche Flecken an der Ohrmuschel beidseits gegeben, die dem Beschwerdeführer aufgefallen seien. Beginnend mit lumbalen Rückenschmerzen klagte er aktuell über Schmerzen im gesamten Bewegungsapparat mit Aussparung der Ellbogen und der Hände. Bei erhöhtem Risiko auf eine degenerative kardiale Valvulopathie bei Patienten mit Alkaptonurie seien gemäss Angaben des Beschwerdeführers mehrmals Echokardiographien vorgenommen worden, zuletzt im September 2014. Die Befunde seien immer im Normbereich gewesen. Dies entspreche auch dem Bericht der Kardiologie und Echokardiographie des C.____ vom 25. April 2013, wo ein normaler dopplerechokardiographischer Befund erhoben worden sei. Auf Nachfrage sei ihnen ein Echokardiographiebericht des C.____ zugestellt worden, der am 25. April 2013 einen normalen kardialen Befund bestätigt habe. Im Rahmen einer Studie, durchgeführt im A.____, sei im Januar 2014 eine Therapie mit Nitisinon begonnen worden (verhindere die Entstehung von Homogentisinsäure). Zudem achte

der Beschwerdeführer auf eine proteinarme Diät.

E. 3.1.2

Aus rein internistischer Sicht liege kein invalidisierendes Leiden vor (Urk. 10/82/28).

E. 3.1.3

Von orthopädischer Seite her leide der Beschwerdeführer unter einer Alkaptonurie mit vor allem Befall der Lendenwirbelsäule ab Th 10 abwärts mit erheblicher Verschmälerung der Bandscheibenräume auf allen Höhen, extrem auf Höhe L4/5 mit praktisch vollständigem Zusammensintern des Bandscheibenraumes. Die Deck- und Bodenplatten zeigten Eindellungen, erosive Osteochondrosen sowie breite bis foraminal reichende Bandscheibenprotrusionen auf Höhe L4/5 und L5/S1 sowie Black disks. Es sei wegen der erheblichen Degeneration von Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) auch schon zu einer Abnahme der Körpergrösse von circa 6 cm gekommen (Urk. 10/82/28)

Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers bestünden die Rückenschmerzen seit circa 2002, die Knieschmerzen empfinde er seit 2009 und die Taubheit am linken Fuss und linken Unterschenkel im Sinne eines Wurzelreizsyndroms lägen seit 2002 vor. Insgesamt nähmen die Gelenkschmerzen allgemein zu wegen der zunehmenden Knorpelzerstörung und den Kristallablagerungen in den Gelenken. Somit bestehe eine deutliche Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule, weniger der Kniegelenke und der Füsse (Urk. 10/82/28) .

Der Beschwerdeführer habe zuletzt als Elektrotechniker gearbeitet , dabei habe er Montagearbeiten an einem Mikroskop durchgeführt . Diese Tätigkeit sei bezüglich des Rückenleidens sehr ungünstig und nicht mehr zumutbar, da es sich um eine rein sitzende, vornüber geneigte Tätigkeit handle , ohne die Möglichkeit, andere Körperhaltungen einzunehmen (Urk. 10/82/28) .

In einer Tätigkeit, bei der er teils sitzend, teils stehend, teils gehend mit der Möglichkeit, häufig die Körperposition zu wechseln, arbeiten könne, in der er nicht repetitiv Lasten über 5 Kilogramm heben und nicht in anderen Zwangspositionen arbeiten müsse, sei er ab Anfang 2014 zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 10/82/28) .

In Anbetracht der Erkrankung sei im weiteren Verlauf mit zunehmenden Beschwerden im Bereiche des Bewegungsapparates mit Destruktionen der Gelenke zu rechnen. Die Prognose sei deshalb mit grosser Zurückhaltung zu stellen (Urk. 10/82/28) .

E. 3.1.4

Aus psychiatrischer Sicht habe sich in der letzten Zeit eine depressive Episode, die gegenwärtig leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei , entwickelt. Es bestünden neben der depressiven Stimmungslage unter anderem ein vermehrter Rückzug, Insuffizienzgefühle und Konflikte innerhalb der Familie (Urk. 10/82/28 f.) .

E. 3.1.5

Somit sei

der Beschwerdeführer

gesamtmmedizinisch 50 % arbeitsfähig mit oben beschriebenen Einschränkungen. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelte ab Anfang 2014 (Urk. 10/82/29) .

E. 3.1.6

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen folgende vor (Urk. 10/82/29): - Alkaloponurie mit - Ochronose der Ohrhelix- und diskret der Skleren beidseits - keine kardiale Valvulopathie - Panvertebralsyndrom mit Osteochondrosen und Protrusionen der Bandscheiben lumbal - Impingement Schulter links - Achillodynie links mit Exostose am Tuber calcanei - Knieschmerzen beidseits - Depressive Episode, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig ausgeprägt

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten die begutachtenden Ärzte (1) einen Status nach Nikotinabusus (6 Py) und (2) anamnestisch Migräne (Urk. 10/82/29).

E. 3.2

Im Rahmen des Revisionsgesuches reichte der Beschwerdeführer neue Arztberichte ein.

E. 3.2.1

D.____, Professor in muskuloskeletaler Biologie an der E.____ und Leiter der Alkaptonurie-Studie, führte in seinem Schreiben vom 1. Juli 2016 folgendes aus (Urk. 10/141/5 ff.):

«Mr. X.____ is a participant in the SONIA 2 Clinical trial studying nitisinone for possible use in Alkaptonuria (AKU).

Mr. X.____ was diagnosed with AKU in 2010. He also has bilateral ear ochronosis. He has not so far passed any kidney stones and is not known to have prostate stones. Although he has never had a fracture or rupture of tendons and ligaments, he has ruptured his muscle in 2007. Bilateral ochronotic appearance of his tympanic membranes was also noted. While he has not had any arthroscopies or joint replacements, he suffers with severe pain in his hips, knees, shoulders, and left ankle with marked decrease in functional capacity. He also has pain throughout the spine in keeping with the marked morbidity due to AKU.

He takes anti-inflammatory medications such as diclofenac and chondroitin sulphate. He is an ex-smoker, having quit smoking in 2002. He currently consumes around 20 units of alcohol per week. He is 1.69 M tall with a body weight of 72.4 kg. BP was 113/71 mm Hg. Pulse was 60 beats per minute.

Mr. X.____ has been randomized to receive 10 mg of nitisinone in the SONIA 2 study. While it is anticipated that this will stabilize his disease, it is unlikely to reverse the damage he has already suffered. It is also important to remember that this study drug will only be available for a maximum of 4 years, the length of the study period.

The reports shown below of the PETCT whole body scan and the MRI scan of spine/L ankle/L knee clearly shows the extent to which his AKU has affected him.

(...)

I strongly support Mr. X.____ in his application for disability support. Given his extensive musculoskeletal involvement in AKU, he can not be considered fit for work.»

E. 3.2.2

Dr. B.____ hielt in seinem Bericht vom 18. November 2016 folgende Diagnosen fest (Urk. 10/141/3 f.): - Panvertebralsyndrom - Alkaptonurie mit Ochronose der Ohr Helix beidseits, leichte Beteiligung der Sklera - Senk- und Spreizfüsse beidseits - Achillodynie beidseits - Fasciitis plantaris beidseits

Der Beschwerdeführer beklage progrediente Rückenschmerzen seit ca. 2013, ferner klagt er auch über Schmerzen im Hüftbereich beidseits beim Gehen aber auch nach längerem Sitzen. Sowohl Sitzen, Gehen und Stehen seien eingeschränkt, am Schlimmsten am Morgen. Es bestehe eine gewisse Morgensteifigkeit über einige Stunden, gelegentlich Knieschmerzen im Sitzen, wobei dies nicht im Vordergrund und stark einschränkend sei. Gelegentlich bestünden Schmerzen in den Fussgelenken beidseits und der Schulter rechts. Bei der Alkaptonurie handle es sich um ein Leiden, das das ganze Körpersystem insbesondere den Bewegungsapparat mit Gelenken, Muskeln, Sehnen usw. erfasse. Das Beschwerdebild sei bis jetzt leicht progredient, so dass die Arbeitsfähigkeit habe reduziert werden müssen. Anlässlich der letzten klinischen Untersuchung vom 30. September 2016 habe er feststellen können, dass aufgrund der Progredienz der Beschwerden nun zurzeit und bis auf weiteres für jegliche Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert

werden müsse.

Im Juli 2016 sei der Beschwerdeführer zu einer klinischen Untersuchung in England gewesen. Dort sei er mit anderen Patienten, die an Alkaptonurie erkrankt seien, in einer Studie aufgenommen worden, wo neue Medikamente eingesetzt würden. Der zuständige Leiter der Studie habe in einem Schreiben erklärt, dass er eine volle IV-Rente des Beschwerdeführers unterstützen würde, da die Krankheit progredient sei und der Beschwerdeführer aufgrund seiner Erfahrung invalid werde und nicht mehr arbeitsfähig sei.

E. 3.2.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. G.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, führten in ihrem Bericht vom 25. Januar 2017 aus (Urk. 10/141), dass inzwischen ein Bericht eines Spezialisten für Alkaptonurie vorliege, welcher eine volle Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten bestätige. Aus somatischer Sicht sei daher von einer weiteren progredienten und therapieresistenten Verschlechterung auszugehen, was der Beschwerdeführer mit zunehmenden Schmerzen auch bestätige.

Aus psychiatrischer Sicht habe das Medizinische Zentrum O.____ bereits eine Verschlechterung bestätigt. Die Kriterien für eine schwere Depression seien heute vollständig erfüllt. Sie diagnostizierten 1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) und 2) Alkaptonurie.

Seit 2013, seitdem sie den Beschwerdeführer kennen würden, sei eine deutliche Verschlechterung psychiatrisch zu beobachten. Der Beschwerdeführer verliere sich in endlosem Gedankenkreisen und habe massive Schuldgefühle, da er nicht arbeiten oder zumindest im Haushalt helfen könne (mehr Konflikte mit der Ehefrau deswegen). Es bestehe ein deutlich zunehmender Rückzug und eine Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen. Daher sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten wohl leider bis auf weiteres vollumfänglich arbeitsunfähig, was aus somatischer Sicht bestätigt werde. Psychiatrisch sei eine Augmentation des Behandlungsregimes nicht indiziert (medikamentös ausgereizt, stationäre Behandlungen psychiatrisch wegen Zunahme der Schmerzen nicht indiziert, allenfalls noch H.____, allerdings werde bereits jetzt intensiv Physiotherapie durchgeführt).

E. 4.1

Prof. D.____ konstatierte sinngemäss, der Beschwerdeführer leide unter Schmerzen in seiner Hüfte, den Knien, den Schultern und dem linken Knöchel mit merklichem Rückgang der funktionellen Leistungsfähigkeit. Er habe auch Schmerzen in der Wirbelsäule. Er unterstütze den Antrag des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente, da der Beschwerdeführer nicht genügend gesund sei, zu arbeiten (vgl. E. 3.2.1).

Die von Prof. D.____ festgehaltenen Beschwerden wurden allesamt bereits im Gutachten des Y.____ berücksichtigt (vgl. E. 3.1). Hinzu kommt, dass die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) I.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, nach dem genauen Durchsehen der von Prof.

D.____ beigelegten radiologischen Befunde (Urk. 10/141/6 f.) am 9. Februar 2017 festhielt, dass die objektiven Befunde keine wesentliche Verschlechterung nahelegen (Urk. 10/143/3). Dies blieb auch seitens des Beschwerdeführers unbestritten.

E. 4.2

Auch der Bericht von Dr. B.____ lässt keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen: Dr. B.____ listet die bereits bekannten Beschwerden auf und führt die entsprechenden Diagnosen auf – die Beschwerden wurden allerdings bereits vollumfänglich im Rahmen des Y.____-Gutachtens berücksichtigt (vgl. E. 3.1 und E. 3.2.2). Der Vollständigkeit halber ist auch festzuhalten, dass die von Dr. B.____ in seinem Bericht vom 18. November 2016 festgehaltenen Beschwerden im Wesentlichen den von ihm festgehaltenen Beschwerden im Bericht vom 15. Mai 2014 entsprechen (Eingangsdatum, Urk. 10/59). Eine erhebliche Verschlechterung vermag der neue Bericht von Dr. B.____ damit nicht glaubhaft erscheinen.

E. 4.3

Dr. F.____ und Dr. phil. G.____

hielten fest, dass aus somatischer Sicht von einer weiteren progredienten und therapieresistenten Verschlechterung auszugehen sei, was der Beschwerdeführer mit zunehmenden Schmerzen auch bestätigte – allerdings sind Dr. F.____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. phil. G.____ als klinischer Psychologe nicht dazu berufen, den somatischen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen.

Die weiteren von ihnen erhobenen Befunde und geschilderten Beschwerden entsprechen im Wesentlichen den im psychiatrischen Teilgutachten erhobenen Beschwerden und Befunde (vgl. Urk. 10/82/22 ff.). Hinzu kommt, dass zwar eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F 33.2) diagnostiziert wird – eine Herleitung dieser Diagnose allerdings weder gestützt auf die Befunde noch auf die weiteren Ausführungen im Bericht schlussig nachvollziehbar ist.

Damit ist der Bericht von Dr. F.____ und Dr. phil .

G.____ zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung nicht beweiskräftig.

E. 4.4

Die eingereichten Arztberichte lassen eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft erscheinen, so dass sich die angefochtene Verfügung als rechtens erweist und die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- zu verrechnen (Urk. 5 und Urk. 7). Im Mehrbetrag von Fr. 400.-- ist der geleistete Kostenvorschuss an den Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit der geleisteten Kautions von Fr. 1'000.-- verrechnet. Im Mehrbetrag von Fr. 400.-- wird der geleistete Kostenvorschuss an den Beschwerdeführer zurückerstattet. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 Die Gerichtsschreiberin Hurst Casanova

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