

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00845 vom 9. Mai 2006**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00845](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00845)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00845 du 9 mai 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00845 del 9 maggio 2006

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Wird ein Revisionsgesuch eingereicht, so ist gemäss Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

### **E. 1.2**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs.

### **E. 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. 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; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, auf das neue Gesuch könne nicht eingetreten werden (S. 2 oben), weil mit den aktuellen Arztberichten keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes plausibel gemacht worden sei (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), seine beiden ihn behandelnden Ärzte hätten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestätigt, und überdies sei er mittlerweile bereits 62 Jahre alt und habe keine Chancen, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine geeignete Stelle zur Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit zu finden (S. 3 Ziff. 3).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Rahmen der erneuten Anmeldung eine anspruchsrelevante Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zumindest glaubhaft gemacht hat.

### E. 3.1

1

Das hiesige Gericht führte im Urteil vom 4. Januar 2018 ( Urk. 7/278 /1-14 ) unter anderem aus, die vom behandelnden Dr. A.\_\_\_\_ am

F.\_\_\_\_ - Gutachten geäußerte Kritik vermöge dessen Schlussfolgerungen nicht in Frage zu stellen (S. 11 f. E. 6.6).

Das Gericht wies darauf hin, dass im Juli 2012 empfohlen worden sei ,

eine Spondylodese C5/6 und C6/7 vorzunehmen , dass aber in den darauffolgenden fünf Jahren - in denen der Beschwerdeführer überdies seit November 2012 von Dr. A.\_\_\_\_ behandelt und wohl auch beraten worden sei - kein solcher Eingriff erfolgt sei. Dies lasse darauf schliessen, dass die Auswirkungen der bildgebend erhobenen Segmentdegeneration offenbar ein vom Beschwerdeführer tolertes Ausmass nicht überschritten hätten (S. 12 )

Auch die nur knapp begründete Stellungnahme von Prof .

I.\_\_\_\_ ( vorstehend E. 3.8 ) vermöge das Gutachten nicht in Frage zu stellen (S. 12 Mitte) .

Das Gericht stellte zusammenfassend fest, dass auf das Gutachten

abzustellen sei, mithin dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Rangierdienst der G.\_\_\_\_

nicht mehr zumutbar sei , während in körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts eine Arbeitsfähigkeit von 100 %

bestehen ( S. 12 E. 6.7 ). 4. 4.1

Am 27. Februar 2018 erfolgte eine weitere Facettengelenksinfiltration C5/6 und C6/7 und eine Wurzelinfiltration C6 (C5/6) und C7 (C6/7) rechts ( Urk. 7/282). 4.2

Am 2. März 2018 nahm Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung ( Urk. 7/284/39-40) und führte unter anderem aus, die von ihm veranlassten Abklärungen in der H.\_\_\_\_ hätten die von ihm gestellten Diagnosen vollumfänglich bestätigt (S. 1 Mitte). Mit der nach erfolgter Infiltration eingetretenen vorübergehend deutlichen Besserung der Armschmerzen bestätige sich deren radikuläre Verursachung definitiv (S. 1).

Aus den Diagnosen leite sich ab, dass der Beschwerdeführer für körperlich schwere Arbeiten definitiv nicht arbeitsfähig sei (S. 1 unten). Da die durch die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat (insbesondere Stenosen) verursachten Schmerzen vor allem zervikal, etwas weniger lumbal, stark von der Haltung des entsprechenden Wirbelsäulenabschnittes abhängig seien (radikuläre, neuropathische Armschmerzen träten vermehrt bei Flexion und Extension der Halswirbelsäule auf), sei es realitätsfremd, dem Patienten eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 100 % für eine (nicht näher definierte) leichte Tätigkeit zu attestieren. Als Folge seiner Behinderung könne er weder länger stehen noch sitzen. Bestenfalls wäre ihm eine stundenweise Tätigkeit in einem geschützten Umfeld zumutbar (S. 1 f.). 4.3

Dr. I.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.8) nahm am 11. Juni 2019 auf Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung (Urk. 7/296 = Urk. 3/2) und führte aus, dieser leide an psychischen und somatischen Störungen. Aus psychiatrischer Sicht leide er an einer Depression schwankender Intensität. Zeitweise seien die Störungen mittelschwer bis schwer, dann wieder stark ausgeprägt, symptomfrei sei er nie. Hochdosierte Antidepressiva würden wenig

helfen.

Aus somatischer Sicht leide er an diversen Störungen, vor allem an rheumatologischen - orthopädischen

Sicht. Dr. A.\_\_\_\_ hat dies kompetent und systematisch dargestellt,

die Symptome hätten sich noch verstärkt.

Die Schmerzen seien ein grosses Problem, welches die Lebensqualität und das

Funktionieren stark beeinträchtigen. Es sei sicher, dass die Ätiologie der Schmerzen somatischer und psychischer Natur sei, eine sichere Abgrenzung sei nicht möglich (Ziff. 1)

Die Beschwerden wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in grossem Ausmass aus und machten diesen eigentlich zum Invaliden (Ziff. 2).

In den letzten zirka

### **E. 3.2**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der den Beschwerdeführer seit 1993 als dessen Hausarzt betreut (Urk. 7/122/8), nannte in seinem Bericht vom 1. April 2016 (Urk. 7/176) die im Austrittsbericht der Y.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen (Ziff. 1.2). Er führte aus, die Behandlungen würden durch den betreuenden Rheumatologen Dr. A.\_\_\_\_

(nachstehend E. 3.3) bestimmt (Ziff. 3.1). Aufgrund des Verlaufs sei mit keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes wie auch der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, der Beschwerdeführer werde auch weiterhin zu 100% arbeitsunfähig bleiben (Ziff. 3.3).

### **E. 3.3**

) erhob in einer Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 gegenüber dem F.\_\_\_\_-Gutachten verschiedene Einwände (Urk. 7/244).

### **E. 3.4**

Am 10. Oktober 2016 erstatteten Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, F.\_\_\_\_, ihr Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/205/1-79).

Betreffend Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 72 Ziff. 1) führten die Gutachter aus, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren, körperlich häufig schweren Tätigkeit sei auf Dauer zu 100% erloschen. Aus rheumatologischer Sicht seien aufgrund der vorliegenden degenerativen Veränderung der Halswirbelsäule und der leicht gradigen lumbalen Degeneration schwere körperliche Arbeiten dauerhaft zu vermeiden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Rangierer der G.\_\_\_\_ scheide somit auf Dauer zu 100% aus. Die Bewertung stehe in Einklang mit den

akten kundigen Einschätzungen und Berichten. In körperlich leichten, wechselnde lastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts sei jedoch angesichts der aktuellen Befunde eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzu nehmen (Pensum und Rendement 100 %).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), eine mögliche abgelaufene depressive Episode unklaren Schweregrades (F32.9), einen Opiat-Fehlgebrauch und Z-Substanz-Fehlgebrauch, Pes valga, Pes plana und Pes transversoplana und einen deutlichen Digitus quintus varus beidseits, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas Grad II (S. 73 Ziff. 2). Die Fussleiden (Pes valga, Pes plana, Pes transversoplana, Digitus quintus varus beidseits) seien in körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten ohne nachweisbaren Effekt (S. 76 Ziff. 2).

Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde führten die Gutachter aus, eine gravierende psychiatrische Gesundheitsstörung hätten sie nicht wahrscheinlich machen können, werde jedoch bis zuletzt aktenkundig von den Behandlern attestiert und als eine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründend angeführt. Sie könnten sich der Einschätzung der Behandler nicht anschliessen und stimmten eher mit der Bewertung des Vorgutachtens überein. Auf somatischem Gebiet lasse sich aufgrund von Alter, erheblichem Übergewicht und degenerativen spinalen Veränderungen allenfalls eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit empfinden, also ein Ausschluss der letzten, körperlich schweren Tätigkeit bei der G.\_\_\_\_ (S. 69 Ziff. 1).

Betreffend Konsistenz führten die Gutachter aus, die zu erhebenden Diskrepanzen (reklamierte Schmerzintensität versus klinischen Eindruck; recht gut spontane Mobilität; Waddell Zeichen in der rheumatologischen Untersuchung) sprächen für eine erhebliche Aggravation. Die objektiven Befunde sprächen nicht gegen eine Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung, Mobilität und soziale Teilhabe, so dass die Ressourcen für eine Tätigkeit in angepassten Arbeiten als gegeben anzusehen seien (S. 74 Ziff. 1).

Auf die Frage nach einer Änderung seit der letzten Revision führten die Gutachter aus, angesichts des psychiatrischen Befunds gingen sie von einer Besserung der zuvor attestierten psychiatrischen Gesundheitsstörung aus; in der letzten Begutachtung sei jedoch auch keine die Arbeitsfähigkeit nachweislich limitierende psychiatrische Erkrankung attestiert worden (S. 76 Ziff. 1). Der übrige Gesundheitszustand sei aus ihrer Sicht ohne erkennbare nachweisliche Änderung (S. 76 Ziff. 3).

### **E. 3.5**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E).

### **E. 3.6**

Die Ärzte der Wirbelsäulen-Sprechstunde der H.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 16. Mai 2017 (Urk.

### **E. 3.7**

Die Ärzte der H.\_\_\_\_ nannten im Sprechstundenbericht vom 29. August 2017 (Urk. 7/273) - nach vorangegangenen Sprechstunden am 23. Juli 2017 (Urk. 7/275) und 18. Juli 2017 (Urk. 7/274) - folgende Diagnosen (S. 1): - beidseitige Hüft-/Oberschenkel Schmerzen bei muskulärer Dysbalance mit/ bei - leichter Coxarthrose und leichter Bursitis trochanterica beidseitig bei Impingement-Morphologie - Zervikalgie mit schmerzhafter

C7/8-Radikulopathie links sowie schmerzhaft sensorischer C6/7-Radikulopathie rechts bei - Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit Foramenstenosen C5/6 und C6/7 beidseits mit möglicher Kompression der C6- und C7-Wurzeln beidseits - Lumbalgie mit Claudicatio-spinalis-Symptomatik beidseits bei - Facettengelenksarthrose L4/5 beidseits und leichtgradiger Spinalkanalstenose L4/5

### **E. 3.8**

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der den Beschwerdeführer seit dem 15. Mai 2015 behandelt (Urk. 7/283 S. 1 Ziff. 1), nahm zum F.\_\_\_\_-Gutachten am 20. September 2017 Stellung (Urk. 7/271) und führte aus, er teile die - näher ausgeführte - Kritik von Dr. A.\_\_\_\_. Auch das psychiatrische Teilgutachten sei mangelhaft; in allen anderen Unterlagen werde eine Depression erwähnt.

### **E. 3.9**

Am 17. November 2017 erfolgte eine Facettengelenksinfiltration C5/6 und C6/7 und eine Wurzelinfiltration C6 (C5/6) und C7 (C6/7) rechts (Urk. 7/277). 3.

### **E. 7**

/ 24 5) folgende Diagnosen (S. 1): - Zervikalgie mit schmerzhafter sensorischer C7/8-Radikulopathie links sowie schmerzhaft sensorischer C6/7-Radikulopathie rechts mit - Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit Foramenstenosen C5/6 und C6/7 beidseits, mit möglicher Kompression der C6- und C7-Wurzeln beidseits - Lumbalgie mit Claudicatio-spinalis-Symptomatik beidseits bei - Facettengelenksarthrose L4/5 beidseits und leichtgradiger Spinalkanalstenose L4/5

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, die im Rahmen einer Sprechstunde nicht beurteilt werden könne, wäre eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sinnvoll (S. 2 Mitte).

### **E. 10**

Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.3) nannte in seinem Bericht vom 14. Dezember 2017 (Urk. 7/269) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Lumbalgie mit Claudicatio spinalis-Symptomatik beidseits bei Facettengelenksarthrose L4/5 beidseits bei/ mit - Spondylarthrose L4/5 beidseits mit Spinalkanalstenose - elektrophysiologisch verifizierter sensorisch/sensomotorischer Radikulopathie L5/S1 links - chronische Zervikalgie bei/ mit - Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit foraminale Stenosen C5/6 und C6/7 beidseits mit Irritation der Wurzeln C6/7 beidseits - elektrophysiologisch verifizierter Radikulopathie C7/8 links und C6/7 rechts - Bestätigung der Diagnose durch Infiltration der Wurzeln C6 und C7 (16. November 2017) - schwerer Knick-, Senk-, Platt- und Spreizfuß mit Digitus quintus varus beidseits mit - Talonaviculararthrose links mehr als rechts

Es habe eine Nervenkompression in der unteren Halswirbelsäule (HWS) als Ursache der beidseitigen Armschmerzen sowohl MR-tomografisch wie elektrophysiologisch nachgewiesen werden können, dies im Widerspruch zum polydisziplinären Gutachten, welches diese Befunde als unspezifisch bezeichnet habe (S. 1 f.).

### **E. 12**

Monaten sei es zu einer erheblichen Verschlechterung des Zustandes

gekommen. Es handelt sich bei gleicher Diagnose um eine erhebliche Zunahme der Beschwerden. Die Prognose sei seines Erachtens ungünstig, eine weitere Behandlung sei notwendig ( Ziff. 3). 4. 4

Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3. 3 ) beantwortete die ihm unterbreiteten Fragen am 10. Juni 2019 ( Urk. 7/303 = Urk. 3/1) . Er nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - chronisches Lumbospondylogen- und -radikulär-Syndrom bei/mit Spondylarthrose L4/5 beidseits (mit der Folge einer zentralen Spinalkanalstenose) - elektrophysiologisch verifizierter sensorisch/sensomotorischer Radikulopathie L5/S1 links - chronisches Zervikospondylogen -Syndrom mit radikulärer Komponente rechts bei - fortgeschrittener Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit foraminalen Stenosen C5/6 und C6/7 beidseits mit Irritation der Wurzel C6 und C7 beidseits (symptomatisch vor allem rechts) - elektrophysiologisch verifizierter Radikulopathie C6/7 rechts sowie C7/8 links - Bestätigung der Diagnose durch erweiterte Diagnostik (Infiltration der Wurzeln C6 und C7 rechts ; J.\_\_\_\_

November 2017) - schwerer Knick-, Senk-, Platt- und Spreizfuß mit Digitus quintus varus beidseits, Talo-Navikulararthrose beidseits, links betont

Als Folge vor allem der radikulären Schmerzen im rechten Arm und in den Beinen sei und bleibe der Patient definitiv zu 100 % arbeitsunfähig in seinem ursprünglichen Beruf als Rangierarbeiter. Im Übrigen habe sich an der im Schreiben vom 2. März 2018 (vorstehend E. 4.2) dargelegten Situation nichts geändert. Der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht auch für eine körperlich leichte Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, da er weder lang sitzen noch lang stehen könne und durch seine chronischen beidseitigen, rechtsbetonten, radikulär verursachten Armschmerzen auch für leichte manuelle Tätigkeiten nicht eingesetzt werden könne. Er wäre bestenfalls für eine stundenweise Tätigkeit in einem geschützten Umfeld einsatzfähig (S. 1 Ziff. 2).

Der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers habe sich laufend - er betreue ihn seit 2012 - verschlechtert. Verschiedenste therapeutische Interventionen auch in Fachkliniken seien erfolglos geblieben oder hätten dem Patienten nur für kurze Zeit geholfen. Mit dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin durchgeführten Gutachten gehe er nicht einig. Die dortige Beurteilung sei realitätsfremd und widerspreche den medizinischen Tatsachen. Der Beschwerdeführer bleibe auch für körperlich leichte Tätigkeit aus seiner rheumatologischen Sicht aufgrund der zu grundlegenden Störungen zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 3). 5. 5.1

Vor der Verfügung, mit welcher im Mai 2017 eine Rentenerhöhung abgelehnt wurde, nannte der behandelnde Rheumatologe Dr. A.\_\_\_\_ im April 2016 als Diagnosen ein Zervikoradikulär-Syndrom und ein lumbospondylogenes Syndrom (vorstehend E. 3.3). Im 2016 erstatteten F.\_\_\_\_ -Gutachten wurden ebenfalls eine Beeinträchtigung im Bereich der Halswirbelsäule und eine solche im Lumbalbereich festgehalten, die nach Ansicht der Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Rangierer begründeten (vorstehend E. 3.4).

Im Mai 2017 nannten auch die Ärzte der H.\_\_\_\_ als Diagnosen eine Zervikalgie und eine Lumbalgie (vorstehend E. 3.6), sowie im August 2017 Hüft-/Oberschenkel Schmerzen (vorstehend E. 3.7). Dr. A.\_\_\_\_ nannte sodann im Dezember 2017 als Diagnosen eine

Lumbalgie, eine Zervikalgie und eine Fuss problematik (vorstehend E. 3. 10 ). 5.2

Im damaligen, vom hiesigen Gericht mit Urteil 4. Januar 2018 beurteilten, Zeit punkt bestanden somit nach übereinstimmender ärztlicher Beurteilung (nebst ei n er Fussproblematik) eine zervikale und eine lumbale Problematik. Gemäss gut achterlicher Einschätzung resultierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten, wech selbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten. Der davon abwei chenden Beurteilung durch die behandelnden Ärzte folgte das Gericht nicht (vor stehend E. 3.1 1 ). 5.3

In den seither erstatteten Berichten hielten Dr. A. \_\_\_ im März 2018 (vorstehend E. 4.2) und Dr. I. \_\_\_ im Juni 2019 (vorstehend E. 4.3) an ihrer vom Gutachten abweichenden Beurteilung fest. Dr. A. \_\_\_ nannte im Juni 2019 die schon be kannten Diagnosen und bestätigte eine volle Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit als Rangierarbeiter. Ferner erachtete er den Beschwerdeführer auch für eine körperlich leichte Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig, was er mit Hinweis auf die chronischen beidseitigen, rechtsbetonten, radikulär verursachten Arm schmerzen sowie damit begründete, dass der Beschwerdeführer weder lang sitzen noch lang stehen könne (vorstehend E. 4.4). 5.4

Vergleicht man die 2019 erstattete n Berichte mit den ärztlichen Beurteilungen der Jahre 2016 und 2017, so zeigt sich, dass 2019 die gleichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie damals genannt wurden. Dass von behandelnder Seite nicht nur in der früheren Tätigkeit, sondern auch in leidensangepassten Tätigkei ten eine volle Arbeitsunfähigkeit postuliert wurde, ist ebenfalls nicht neu, indem von dieser Seite schon damals gegen die gutachterliche Beurteilung opponiert worden war und insbesondere Dr. A. \_\_\_ dafür plädiert hatte, die Beschwerdegegnerin möge «sich definitiv zu einer vollen Berentung entschliessen» (vorstehend E. 3.3).

Dies führt zum Schluss, dass mit den neu eingereichten Berichten der beiden an ihrem bekannten Standpunkt festhaltenden behandelnden Ärzte eine anspruchs relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts nicht glaubhaft gemacht worden ist.

Die angefochtene Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Inva lidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 6 00.-- festzusetzen und aus gangsgemäss 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: - 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 Bundesge setzes 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 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  
Mosimann  
Tiefenbacher

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