

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00265 vom 30. August 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00265

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00265 du 30 août 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00265 del 30 agosto 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolge führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_251/2022 vom 11. Juli 2022 E. 3.1 und 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 2.2).

E. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

leistete diese alsdann Kostengutsprache für eine Umschulung zum Taxifahrer (Urk. 9/32 S. 31), die der Versicherte aber nicht erfolgreich abschliessen konnte (Urk. 9/28 S. 3, 9/66 S. 13 und 9/59 S. 2). Zudem sprach sie ihm am 24. Februar 2005 rückwirkend ab 1. September 2003 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 9/31 und 9/43).

In der ersten Revision im Jahr 2007 liess die IV-Stelle den Versicherten einen Fragebogen ausfüllen (Urk. 9/62 inkl. Beilagen). Des Weiteren holte sie einen Auszug aus dem Individuellen Konto (Urk. 9/63), Auskünfte der neuen Arbeitgeber (zwei Privatpersonen, für die der Versicherte Garten-, Maler- und Umgebungsarbeiten erledigte, Urk. 9/64 f.) und Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 9/66 und 9/69) ein. Anschliessend führte sie einen Einkommensvergleich durch (Urk. 9/70/2) und bestätigte mit formloser Mitteilung vom 21. Mai 2008 den bisherigen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 9/71).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, die medizinischen Abklärungen hätten gezeigt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit Erlass der letzten rentenverneinenden Verfügung nicht verschlechtert habe. Daher bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, im Z. ___ -Gutachten, auf welches sich die IV-Stelle bei ihrem rentenverneinenden Entscheid gestützt habe, seien die Gutachter zum Schluss gekommen, seine Kopfschmerzen seien therapierbar und würden ihn in der Arbeitsfähigkeit nicht einschränken. Inzwischen würden diese jedoch zwei- bis dreimal wöchentlich auftreten und seien nicht mehr therapierbar. Er sei dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zudem sei im Gutachten lediglich eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden. Inzwischen leide er aber unter einer mittelgradigen depressiven Episode. Hinzu sei eine koronare Eingefässerkrankung gekommen. Sein Gesundheitszustand habe sich somit verschlechtert, weshalb er Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung habe (Urk. 1). 3.

E. 3

ff.). Mit Beschluss und Urteil vom 28. Oktober 2016 vereinigte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die beiden Verfahren unter der Prozess-Nr. IV.2015.00229 und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese nach weiteren Abklärungen neu über den Rentenanspruch ab Januar 2009 sowie die Rückforderung ab Oktober 2009 verfüge (Urk. 9/116).

Die IV-Stelle holte einen aktuellen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 9/120) sowie Verlaufsberichte beim behandelnden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Y. ___ (Urk. 9/123), und der Hausärztin des Versicherten (Urk. 9/126) ein. Hernach gab sie ein psychiatrisches und neurologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 9/128), welches am 1

E. 3.1

Die IV-Stelle stützte sich bei Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 30. November 2017 auf das Z. ___ -Gutachten vom 14. September 2017. In die sem wurden als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.6), diagnostiziert. Keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit wurde den Diagnosen chronifizierter Spannungskopfschmerz mit migräniformen Exazerbationen und Migräne ohne Aura seit dem Sturz auf den Kopf im Jahr 1995 mit Zuziehen einer Commotio cerebri beigemessen (Urk. 9/141 S. 27). 3.2

Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, der Versicherte klagt darüber, seit dem Sturz auf den Kopf im Jahr 1995 unter Kopfschmerzen zu leiden. Die Schmerzen würden meistens auf Scheitelhöhe beginnen, genau an der Stelle, an der er verletzt gewesen sei. Dann würden sie sich im ganzen Kopf ausbreiten. Wenn die Schmerzen unerträglich würden, müsse er sich hinlegen oder schlafen gehen. Seit dem Unfall habe er im linken Ohr auch einen Tinnitus. Bei Wetterwechsel und Nervosität sei er anfälliger für Kopfschmerzen. Es würden etwa vier bis fünf Attacken im Monat auftreten, in ganz schlechten Zeiten auch mal zwei bis drei pro Woche. Bei sehr starken Schmerzen habe er auch ein Augenflimmern (Urk. 9/141 S. 57).

Der Versicherte habe im Jahr 1995 bei einem Sturz aus 3 Metern Höhe in eine Mulde eine Commotio cerebri und eine Rissquetschwunde links parietal erlitten. Dr. A. ___ habe hierzu im April 2005 festgehalten, der Versicherte sei damals vier Wochen arbeitsunfähig gewesen und leide seither unter häufigen Kopfschmerzattacken. Es sei eine posttraumatische Migräne ohne Aura diagnostiziert worden. Auffallend sei jedoch, dass diese Problematik während vielen Jahren im Dossier nicht erwähnt werde und der Versicherte danach nie wieder neurologisch abgeklärt oder in einer Schmerzsprechstunde behandelt worden sei. Soweit sich dies retrospektiv festhalten lasse, hätten die posttraumatisch aufgetretenen Kopfschmerzen über viele Jahre per se nie zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt (Urk. 9/141 S. 60).

Diagnostisch dürfte es sich um ein gemischtes Bild handeln. Zum Teil würden Spannungskopfschmerzen auftreten, teilweise mit

migräniformem Einschlag, und zeitweise dürfte es sich um Migräneattacken ohne Aura handeln. Zurzeit bestehe eine Häufigkeit von vier bis fünf wahrscheinlichen Migräneattacken im Monat, die mit einem Triptan und Bettruhe coupiert werden könnten. Da es sich hierbei um ein anfallsartig auftretendes Leiden handle, bestehe keine dauernde, sondern nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit während der Attacken. Die Kopfschmerzsymptomatik müsse sodann im Gesamtkontext gesehen werden. Sie dürfte sich seit Auftreten der psychischen Probleme und dem massiven Rückzug, seit der Versicherte alleine lebe, verschlechtert haben (Urk. 9/141 S. 61).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus rein neurologischer Sicht könne der Versicherte sämtliche Arbeiten verrichten. Die Migräne würde keine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, er sei lediglich während der Attacken arbeitsunfähig (Urk. 9/141 S. 61).

E. 3.3

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde festgehalten, der Versicherte klagt über häufig auftretende Kopfschmerzen. Diese seien für ihn das Schlimmste. Darüber hinaus leide er seit Längerem unter schlechter Stimmung, habe keine Lust nach draussen zu gehen und sei oft gereizt. Die schwierige finanzielle Situation sowie der Ärger mit der Invalidenversicherung würden ihn belasten (Urk. 9/141 S. 44-45).

Der Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Ein tragfähiger Kontakt sei rasch herstellbar und könne durchgehend aufrecht erhalten werden. Die Auffassung sei nicht erschwert, die Konzentration nicht beeinträchtigt. Hinweise für intellektuelle Defizite lägen nicht vor. Merkfähigkeit sowie Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis würden unbeeinträchtigt erscheinen (Urk. 9/141 S. 48).

Beim Versicherten stehe die Kopfschmerzsymptomatik im Vordergrund. Aus psychiatrischer Sicht werde eingeschätzt, dass bei deutlich erkennbaren psychosozialen Belastungsfaktoren (Streichung der Rente, finanzielle Probleme, Ehescheidung) eine psychogene Überlagerung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10: F45.9 vorliege. Diese sei mässig ausgeprägt und erreiche nicht den Schweregrad einer anhaltenden Schmerzstörung im Sinne von ICD-10: F45.4 (Urk. 9/141 S. 50).

Vom Versicherten werde des Weiteren eine affektive Störung beschrieben. Er schildere, erstmals Ende der 90er-Jahre, nachdem er aufgrund einer Zement - allergie seinen Beruf als Maurer nicht mehr ausüben könne, in eine Depression geraten zu sein, die spätestens im Jahr 2008 abgeklungen sei. Aus heutiger Sicht werde eingeschätzt, dass etwa ab dem Jahr 2008 zunächst mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit über längere Zeit keine depressive Symptomatik mehr vorgelegen habe. Die psychische Situation des Beschwerdeführers habe sich indes verschlechtert, nachdem ihm mit Vorbescheid vom 23. September 2014 die Aufhebung der Rente mitgeteilt worden sei. Aufgrund der erheblichen finanziellen Belastung habe sich zunehmend eine depressive Symptomatik entwickelt. Es ergebe sich das Bild einer leichten depressiven Episode. Gegen eine mittelgradige depressive Episode spreche das doch relativ hohe Aktivitätsniveau im beruflichen Bereich. An einzelnen Tagen sei der Beschwerdeführer bis zu acht Stunden tätig. Darüber hinaus gehe er noch vielen positiv besetzten Aktivitäten nach, interessiere sich für Sport, Filme etc. Auch würden sich keine Symptome finden, die für stärker ausgeprägte Depressionen typisch seien, wie ein reduziertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe. Im Gegenteil werfe er der Invalidenversicherung deren Entscheidung vor und spiele den eigenen Anteil an der eingetretenen Entwicklung herunter (Urk. 9/141 S. 50-51).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus psychiatrischer Sicht liege ab ungefähr September 2014 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % vor (Urk. 9/141 S. 54).

E. 3.4

Im interdisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus rein neurologischer und psychiatrischer Sicht sowohl in der Tätigkeit als Maurer als auch einer leidensadaptierten Tätigkeit seit September 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vorliege. Konkret vermieden werden sollten emotional belastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten

mit besonderem Zeitdruck, ansonsten sei das Belastungsprofil nicht eingeschränkt. Ferner komme, soweit aus der Aktenlage ersichtlich, die Tätigkeit als Maurer aus nicht-psychiatrischen und nicht-neurologischen Gründen (Zementallergie) nicht mehr in Frage (Urk. 9/141 S. 30). Der Beschwerdeführer selbst sehe sich zu einer beruflichen Tätigkeit im Umfang von 50 bis 60

% in der Lage, was jedoch etwas diskrepant zu den Aktivitätenniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt erscheine (Urk. 9/141 S. 37).

E. 4

September 2017 von der Z.____ AG (nachfolgend: Z.____) erstattet wurde (Urk. 9/141). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

verneinte die IV-Stelle am 30. November 2017 einen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung (Urk. 9/149). Dieser Entscheidung wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 28. Februar 2019 bestätigt (Urk. 9/166). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 22. August 2019 ab (Urk. 9/176).

E. 4.1

Im Rahmen der Neuanmeldung legte der Versicherte einen Bericht des Universitätsspitals B.____, Klinik für Neurologie, vom 20. Mai 2019 auf. In diesem werden folgende Diagnosen genannt (Urk. 9/168 S. 1-2): - Migräne ohne Aura, EM 1999 - aktuell: seit mehr als 4 Jahren 2-3 Mal wöchentlich pulsierender frontaler Schmerz mit Licht- und Lärmempfindlichkeit bei NRS 7 - Status nach Paracetamol-Übergebrauchskopfschmerz, ED 09/2018 - Persistierender Kopfschmerz in Verbindung mit mildem Kopftrauma, EM 1995 - Koronare Eingefässerkrankung

Der Patient habe sich im Rahmen einer Verlaufskontrolle vorgestellt. Es habe sich keine deutliche Besserung der Kopfschmerzfrequenz bei 20 Kopfschmerztagen im Monat gezeigt. Weiterhin spreche er gut auf die Akuttherapie mit Paracetamol und Eletriptan an. Sollte sich keine Besserung der Kopfschmerzfrequenz zeigen, könnte ein Kostengutsprachege such für den neu zugelassenen C GRP-Rezeptor Antikörper Erenumab gestellt werden. Es sei eine Kontrolle in 3-4 Monaten geplant (Urk. 9/168 S. 3-4).

E. 4.2

Im Verlaufsbericht des Spitals C.____ vom 4. Juni 2020 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 9/190 S. 11): - Koronare Eingefässerkrankung, ED 4/2019 - Migräne, ED unklar - Makrozytäres Blutbild, ED 23.4.2019 - Schädlicher Alkoholkonsum, ED unklar - Dilatation der Arteria

ascendens, ED 23.4.2019

Der Patient präsentiere sich kardiopulmonal kompensiert und in gutem Allgemeinzustand. Echokardiographisch zeige sich das Aneurysma der Aorta ascendens unverändert auf 4,8 cm und eine Ektasie der Aortenwurzel auf 4,2 cm. Er habe in der Ergometrie durchschnittliche 136 Watt geleistet, was 84,5% vom Soll entspreche. Bei insgesamt durchschnittlicher Leistung hätten sich weder subjektiv noch objektiv Hinweise für eine belastungsinduzierte koronare Ischämie gezeigt. Es werde empfohlen, von grossen isometrischen Anstrengungen wie Gewichtheben oder dem regelmässigen Heben schwerer Lasten abzusehen (Urk. 9/190 S. 12).

E. 4.3

Im Bericht der Hausärztin, Dr. D.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, vom 23. Oktober 2020, wurde festgehalten, der Versicherte habe am 20. April 2019 einen Herzinfarkt erlitten. Seither fühle er sich einerseits innerlich unruhiger, andererseits körperlich rascher erschöpft. Im Rahmen der kardiologischen Abklärungen sei ein Aortenaneurysma diagnostiziert worden, welches regelmässiger Kontrollen bedürfe. Der Versicherte müsse höhere isometrische Belastungen vermeiden (Urk. 9/190 S. 3).

Zur Arbeitsfähigkeit führte sie aus, er sei seit Jahren eingeschränkt, insgesamt unverändert zu 50

%. Sie gehe davon aus, dass die maximale Belastbarkeit erreicht sei und nicht weiter gesteigert werden könne. Im Rahmen der koronaren Herzkrankheit sei seine körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Zudem müsse er grössere, insbesondere isometrische Belastungen aufgrund des Aneurysmas vermeiden (Urk. 9/190 S. 4).

E. 4.4

Im Bericht des behandelnden Psychiaters vom 13. Januar 2021 werden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine koronare Eingefässerkrankung (ED 04/2019) genannt (Urk. 9/199 S. 3).

Der Versicherte befinde sich seit dem Jahr 2003 in seiner Behandlung, wobei ungefähr monatliche Konsultationen erfolgen würden. Er schätze ihn für leichte Tätigkeiten als zu 50 %-60

% arbeitsfähig (Urk. 9/199 S. 2).

E. 5

Der Beschwerdeführer macht geltend, gestützt auf diese Berichte sei erstellt, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. So würden ihn die Kopfschmerzen nun in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken, hinzu komme eine Einschränkung durch die koronare Eingefässerkrankung und zudem leide er neu an einer mittelgradigen depressiven Episode (Urk. 1 S. 5).

Zwar ist dem Beschwerdeführer insoweit beizupflichten, als bei ihm im Jahr 2019

neu eine koronare Eingefässerkrankung diagnostiziert wurde. Indes geht aus den Berichten des Spitals C.____ hervor, dass diese lediglich vorübergehend zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führte. So hielt die Kardiologin am 8. Mai 2019 fest, der Patient werde aufgrund des Infarktes vom 20. April 2019 für eine ambulante kardiologische Rehabilitation angemeldet. Da er körperlich schwer arbeite, werde ihm ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis bis am 30. Juli 2019 ausgestellt (Urk. 9/190 S. 24). Bereits am 11. Juni 2019 vermerkte sie, der Patient berichte über eine deutliche Besserung und habe seine Arbeit wieder aufgenommen (Urk. 9/190 S. 22). Am 15. Oktober 2019 wurde festgehalten, der Patient präsentiere sich kardiopulmonal kompensiert (Urk. 9/190 S. 19). Auch in der Verlaufskontrolle vom 4. Juni 2020 wurde von einer kardiopulmonalen Kompensation berichtet

(Urk. 9/190 S. 12).

In beiden Berichten wurde – trotz schwerer körperlicher Arbeit des Versicherten – keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Anhand der Berichte lässt sich daher lediglich eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachvollziehen.

Hinsichtlich der geltend gemachten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Kopfschmerzen ist darauf hinzuweisen, dass aus dem Bericht des Universitätsspietals B.____ vom 20. Mai 2019 hervorgeht, dass diesbezüglich keine Änderung eingetreten ist. So wurde explizit festgehalten, die Migräne würde seit mehr als vier Jahren zwei- bis dreimal wöchentlich auftreten (Urk. 9/168 S. 1). Der Versicherte hatte denn auch im Rahmen der Z.____-Begutachtung angegeben, die Kopfschmerzen seien das Schlimmste, woran er leide (Urk. 9/141 S. 34), er erachte sich aufgrund dieser lediglich als zu 50

%-60 % arbeitsfähig (Urk. 9/141 S. 48). Die von ihm nun geltend gemachte Einschränkung bestand seiner Ansicht nach demnach bereits vor Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 30. November 2017, was für einen stationären Gesundheitszustand spricht.

Auch bezüglich der depressiven Symptomatik mangelt es an einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Zwar wird im Bericht des behandelnden Psychiaters eine mittelgradige depressive Episode genannt (Urk. 9/199 S. 3). Indes hatte dieser bereits im Februar 2017 von einer mittelgradigen agitiert-depressiven Episode berichtet, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % führe (Urk. 9/123 S. 1 und 3). Die Berichte lassen daher auf einen gleich gebliebenen Gesundheitszustand schliessen, was sich auch in der seit Jahren unveränderten Behandlungsfrequenz zeigt (Urk. 9/123 S. 3, Urk. 6/199 S. 2).

Anhand der Berichte ist nach dem Gesagten mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten rentenverneinenden Verfügung vom 30. November 2017 nicht wesentlich verändert hat. Weitere medizinische Abklärungen erscheinen bei dieser Aktenlage nicht notwendig (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 6

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler - 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 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, zuzu stellen.

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
Vogel Muraro

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