

BL_GERICHTE 720 2011 270 vom 4. März 2010

BL Gerichte, 2010-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2011_270

FR: BL_GERICHTE 720 2011 270 du 4 mars 2010

IT: BL_GERICHTE 720 2011 270 del 4 marzo 2010

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Juli 2011 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). 3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG). 3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteile des EVG vom 9. August

2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). 4.4 Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 268 E. 3c mit Hinweis). Dabei ist das ganze, für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (zum Ganzen: Urteil des Bundesgericht vom 8. August 2006, I 169/06, E. 2.2 mit Hinweisen). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2002, I 192/02, E. 1.2.2 mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 1994, I 130/93). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. E. 2; Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2006, I 940/05, E. 2.2). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität: BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c mit Hinweis).

E. 5

Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 5.1

Am 25. September 2008 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. D., FMH Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Aethylabusus, alkoholinduzierte epileptische Anfälle und eine mögliche Psychose. Aufgrund mehrmaliger Grand-Mal-Anfälle und Stürze im aethylisierten Zustand und den damit verbundenen Arbeitsausfällen scheinere der Versicherte im freien Erwerb nicht arbeitsfähig zu sein. Im Rahmen des laufenden Integrationsprogramms sei dem Versicherten ein Pensum von 50% zumutbar. Wegen der zum Teil ausgeprägten plantaren Psoriasis seien aber Tätigkeiten mit starker Beanspruchung der Handflächen nur eingeschränkt möglich.

E. 5.2

Mit Bericht vom 1. Januar 2009 stellte Dr. med. E. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass differentialdiagnostisch eine Alkoholhalluzinose (ICD-10 F10.5) und eine nicht näher bezeichnete schizophreniforme Störung (ICD-10 F20.8) bestünden.

E. 5.3

Dr. med. G. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 19. Mai 2009 einen Alkoholmissbrauch mit fraglicher Alkoholhalluzinose oder fraglich deliranten Symptomen (ICD-10 F10.5), differentialdiagnostisch eine nicht näher bezeichnete schizophreniforme Störung (ICD-10 F20.8), einen Status nach multiplem Substanzgebrauch (ICD-10 F19.20) und eine spezifische Phobie in der Höhe (ICD-10 F40.2). Es sei anzunehmen, dass ein langjähriger, teilweise massiver Alkoholabusus vorliege und dass die geklagten akustischen und möglichen optischen Halluzinationen im Rahmen einer Alkoholhalluzinose aufgetreten seien. Die beschriebenen Symptome seien nicht typisch für eine schizophrenieartige Störung. Es sei anzunehmen, dass der Alkoholkonsum und der teilweise Drogenkonsum im Rahmen einer primären Suchterkrankung stattgefunden hätten, denn es finde sich keine psychischen Störungen, die eine sekundäre Entwicklung begründen könnten. Ob die angegebenen Halluzinationen im Rahmen einer schizophrenieartigen Störung zu interpretieren seien oder allenfalls einer Alkoholhalluzinose entsprechen würden, könne erst nach einer Alkoholkarenz festgestellt werden. Aufgrund des persistierenden Alkoholismus sei eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit mit etwa 40% zu veranschlagen. Ohne den Alkoholkonsum sei dem Versicherten eine einfach strukturierte Tätigkeit ganztags zumutbar, wobei eine Leistungseinbusse von höchstens 20% anzunehmen sei.

E. 5.4

In Nachachtung des Urteils des Kantonsgerichts vom 3. November 2010 liess die IV-Stelle den Versicherten bei der ABI polydisziplinär begutachten. Am 23. Mai 2011 diagnostizierte das ABI-Expertenteam mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Störung durch Alkohol mit psychotischer, vorwiegend halluzinatorischer Störung (ICD-10 F10.25, F10.52). Ohne Auswirkung bestünden eine Psoriasis vulgaris partim inversa (ICD-10 L40.8), zwei Atherome pectoral (gutartige Tumore im Unterhautgewebe; ICD-10 L98.8), eine Adipositas (ICD-10 E66.0), eine Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie (ICD-10 R74.9), eine Makrozytose unklarer Ätiologie (ICD-10 D75.8), ein Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) ein Zustand nach Commotio cerebri im Jahr 2010 (ICD-10 S06.0) und Höhenangst (ICD-10 F40.2). Bei der psychiatrischen Untersuchung würden sich Hinweise für einen chronischen Alkoholismus finden. Der regelmässige Alkoholkonsum könne zu Verstimmungen und zu Halluzinationen führen. Differenzialdiagnostisch sei eine Alkoholhalluzinose in Betracht zu ziehen. Bei einer solchen komme es nach langandauerndem, schweren Alkoholkonsum, oft nach einer Periode von Trinkexzessen, bei klarem Bewusstsein zu akustischen Halluzinationen, meist als Stimmenhören, gelegentlich aber auch als Geräusche wie Zischen oder Brummen. Typischerweise würden die Betroffenen kritisiert, beschimpft oder bedroht. Die Alkoholhalluzinose sei eine Störung mit Krankheitswert als Folge der Sucht. Sie klinge bei Abstinenz meist innerhalb von Tagen bis Wochen ab. Hinweise für eine vorbestehende psychische Störung als Ursache der Sucht bestünden nicht. Dem Versicherten fehle die Einsicht in die Alkoholproblematik und die Motivation zur Abstinenz. Aus psychiatrischer Sicht bestehe alkoholbedingt aufgrund einer allgemein verminderten Belastbarkeit mit nächtlichen Schlafstörungen und erhöhter

Ermüdbarkeit am Tag und leichten Konzentrationsstörungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%. Ein qualifizierter Alkoholentzug sei dem Versicherten jederzeit zumutbar. Danach wäre aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Bei der neurologischen Untersuchung würden sich Hinweise auf leichte hirnorganische kognitive Einschränkungen finden. Auffallend seien mnestiche Lücken und die begrenzten Rechtschreib- und Rechenkenntnisse sowie die Indifferenz. Zudem ergäben sich Hinweise auf eine Polyneuropathie mit bereits trophischen Veränderungen. Zerebelläre Zeichen seien aber nicht zu finden. Aus neurologischer Sicht seien Arbeiten mit Absturzgefahr, an laufenden Maschinen oder mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsorgan sowie die Konzentration nicht mehr zumutbar. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit gesamthaft um 20% eingeschränkt. Die attestierten psychiatrischen und neurologischen Arbeitsunfähigkeiten würden sich nicht addieren. Aus dermatologischer Sicht habe die derzeit schwach bis mässig ausgeprägte Schuppenflechte keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Tätigkeiten mit hautirritierenden Substanzen sowie stark schweisstreibende Tätigkeiten seien aber zu vermeiden. Die therapeutischen Massnahmen seien noch nicht ausgeschöpft. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Laborant nicht mehr zumutbar. Für die Arbeit als Küchenhilfe bestehe aber eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% und bei anhaltendem Alkoholentzug von 80% bis 100%. 6.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf das polydisziplinäre Gutachten der ABI vom 23. Mai 2011. Sie ging demgemäss davon aus, dass dem Versicherten angepasste Tätigkeiten im Umfang von 80% zumutbar sind. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor) ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Das ABI-Gutachten beruht auf einer eingehenden Untersuchung des Versicherten und es berücksichtigt auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte. Zudem geht es einlässlich auf die Beschwerden des Versicherten ein und vermittelt ein hinreichendes Bild über dessen Gesundheitszustand. Es wird deutlich, dass der Beschwerdeführer zwar einen chronischen Alkoholismus und in der Folge eine krankhafte Alkoholhalluzinose aufweist. Der Suchterkrankung liegt aber - gemäss der massgebenden Beurteilung im ABI-Gutachten - keine krankhafte Gesundheitsstörung zugrunde, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Zudem ist nicht anzunehmen, dass der Alkoholabusus einen die Erwerbsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigenden körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden bewirkt hat. Demnach vermag der Alkoholismus keine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu begründen. Ferner erweist sich, dass die Schuppenflechte keine bleibende oder längere Zeit dauernde ganze bzw. teilweise Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermag. Die begutachtenden Ärzte kamen in Würdigung der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten zum überzeugenden Schluss, dass dem Versicherten nach zumutbarem anhaltendem Alkoholentzug und unter Berücksichtigung der neurologischen Einschränkungen eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80% bis 100% zumutbar ist. Insgesamt erweist sich das Gutachten sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch die daraus gezogenen

Schlussfolgerungen als überzeugend. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle darauf abgestellt hat. 6.2 Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Soweit er geltend macht, die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei höher zu veranschlagen, ist ihm entgegenzuhalten, dass diese Rüge nicht hinreichend substantiiert ist. Insbesondere liegen keine medizinischen Berichte bei den Akten, die die zuverlässige Beurteilung im Gutachten der ABI in Zweifel zu ziehen vermöchten. Weil die abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin obliegt (vgl. E. 4.1 hiervor), lässt auch der Bericht der Geschäftsführerin der Stiftung B. vom 8. September 2011 keinen anderen Schluss zu. Dies gilt umso mehr, als sich daraus keine wichtigen Aspekte ergeben, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Soweit der Beschwerdeführer die wirtschaftliche Verwertbarkeit seines Leistungsvermögens auf dem in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt anzweifelt, ist ihm entgegenzuhalten, dass ihm gemäss dem massgebenden Gutachten der ABI angepasste Tätigkeiten im Umfang von 80% bis 100% möglich sind. Demnach stehen dem 42-jährigen Versicherten trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach wie vor verschiedene Tätigkeiten offen, so dass nicht von realitätsfremden und in diesem Sinne unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten auszugehen ist.

E. 7

Gestützt auf die massgebende Beurteilung im Gutachten der ABI ist davon auszugehen, dass dem Versicherten angepasste Tätigkeiten im Umfang von 80% zumutbar sind (vgl. E. 6.1 hiervor). Der von der Vorinstanz vorgenommene - im Übrigen unbestrittene - Einkommensvergleich erweist sich als rechens. Es ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2011, mit welcher das Rentenbegehren des Versicherten abgewiesen wurde, ist nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde deshalb abzuweisen.

E. 8

Das Beschwerdeverfahren vor kantonalem Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Weil ihm mit Verfügung vom 7. September 2011 die unentgeltliche Prozessführung gemäss §22 Abs. 1 VPO gewährt wurde, werden die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aus der Gerichtskasse entrichtet. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.