

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00485 vom 28. September 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2003.00485

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00485 du 28 septembre 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2003.00485 del 28 settembre 2004

Erwägungen

E. 3

3.1 Mit Bericht vom 12. Januar 1999 stellten die Ärzte der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals H.____, Departement für Innere Medizin (Poliklinik), folgende Diagnose (Urk. 11/17/3 S. 1 oben):

- Zervikospondylogenes Syndrom links und thorakolumbovertebrales Syndrom mit Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance, globaler Muskelinsuffizienz bei Deconditioning-Syndrom
- Zervikovertebrales Syndrom mit segmentalen Dysfunktionen
- Leichte Coxarthrose beidseits
- Status nach erosiver Antritis, Ulcus duodeni sowie eitriger Bulbitis

Der Beschwerdeführer werde von seinem Hausarzt zur weiteren Therapie der multiplen rheumatologischen Beschwerden zugewiesen. Dazu habe man den Beschwerdeführer an die Rheumatologische Poliklinik überwiesen. Er sei einer Physiotherapie zugeführt worden und solle anschliessend zunächst unter Anleitung und danach alleine eine medizinische Trainingstherapie durchführen. Die Arbeitsunfähigkeit sei dabei bis auf Weiteres auf 50 % festgelegt worden (Urk. 11/17/3).

3.2 Die Ärzte der Rheumaklinik des Universitätsspitals H.____ (Rheumaklinik) stellten in ihrem Bericht vom 1. Juni 1999 folgende Diagnose (Urk. 11/17/2 Mitte):

- generalisiertes Schmerzsyndrom
- Initial Panvertebralsyndrom bei
- Haltungsinsuffizienz und Wirbelsäulenfehlform mit S-förmiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule
- Klinisch und radiologisch leichter Coxarthrose beidseits
- massiver Symptomausweitung bei psychosozialer Problemkonstellation (Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit vom Sozialamt, fehlende Zukunftsperspektive)
- Status nach Ulcus duodeni bei Nachweis von Helicobacter pylori

Mit der durchgeführten ambulanten Physiotherapie hätten die beklagten Beschwerden nicht richtungsweisend beeinflusst werden können, vielmehr seien im Verlauf zunehmend und stark wechselnd beklagte Beschwerden an anderen Lokalisationen aufgetreten. Bei jeweils fehlendem organischem Korrelat und somit deutlich

absehbarer Symptomausweitung sei im Februar 1999 eine schmerzdistanzierende Therapie initiiert worden. In den abschliessenden Kontrollen hätten Zeichen einer depressiven Reaktion sowie der Symptomausweitung im Vordergrund gestanden. Es seien keine radikalen neurologischen Defizite nachweisbar gewesen. In Anbetracht der deutlichen Chronifizierung erschienen primär aktivierende Massnahmen im Sinne eines selbstständig durchzuführenden Heimprogramms und körperlicher Aktivitäten vorzugsweise in Gruppensituationen wie medizinische Trainingstherapie im Fitnesscenter empfehlenswert. Die Behandlung in der Rheumaklinik sei wegen mangelndem Ansprechen abgeschlossen worden. Als primäres Ziel wäre eine baldestmögliche Reintegration in den Arbeitsprozess unter hausärztlicher Führung anzustreben. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für jede leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/17/2).

3.3 In einem weiteren Bericht der Ärzte der Rheumaklinik vom 5. April 2001 (Urk. 11/15/16 = Urk. 11/16/4) wurden ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform mit S-förmiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Schulterhochstand links und Haltungsinsuffizienz sowie ausgeprägten Zeichen der somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert (Urk. 11/15/16 S. 1 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zugewiesen worden. Er gebe an, seit längerer Zeit an generalisierten Schmerzen zu leiden, und beschreibe diese am ganzen Rücken, insbesondere lumbal, jedoch auch im Nacken und Kopf, assoziiert mit Schwindel und Augendruck, zudem Schmerzen beidseits in den Armen mit rezidivierend einschliessenden Schmerzempfindungen, insbesondere in der linken Schulter und in beiden Händen. Auch in den Beinen verspüre der Beschwerdeführer Schmerzen, insbesondere in den Knien und Füssen. Er gebe eine Gefühlslosigkeit der Unterschenkel ventral beidseits an und schildere diese Beschwerden ausführlich. Auf die Arbeitssituation angesprochen sei er der Meinung, dass er aufgrund der Schmerzen und des Schwindels auf keinen Fall arbeiten könne. Aktuell werde eine physiotherapeutische Behandlung sowie eine analgetische Behandlung durchgeführt (Urk. 11/15/6 S. 1).

Unverändert zur Beurteilung vom 1. Juni 1999 bestehe weiterhin ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit deutlichen Zeichen der somatoformen Schmerzstörung. Erfreulicherweise habe der damals arbeitslose Beschwerdeführer wieder eine neue Arbeit als Chauffeur und Lagerist gefunden. Seit dem 15. Januar 2001 bestehe eine erneute Arbeitsunfähigkeit und der Beschwerdeführer fühle sich nicht in der Lage, dieser Arbeit weiterhin nachzugehen. Die Schmerzerkrankung nehme einen grossen Stellenwert ein. In dieser Situation empfehle man am ehesten ein interdisziplinäres Vorgehen. Zur Abklärung, ob ein rehabilitatives Potenzial bestehe, habe man den Beschwerdeführer für ein Arbeitsassessment im Hause angemeldet. Dort werde auch definitiv zur Arbeitsunfähigkeit Stellung genommen werden. Aufgrund der jetzigen Untersuchung bestehe jedoch für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der aktuellen Arbeit als Lagerist habe man in einem ärztlichen Zeugnis an den Arbeitgeber die Zuweisung von körperlich leichter Arbeit ohne Heben von Lasten über 15 kg vorgeschlagen (Urk. 11/15/6 S. 2).

3.4 Am 1. Juni 2001 führten die Ärzte der Rheumaklinik in ihrem Bericht über die Teilevaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit aus, dass

eine sehr starke Fixierung auf die Schmerzen, aber auch ein Kraftverlust diverser Körperteile. Die arbeitsbezogen relevanten Probleme des Beschwerdeführers bildeten. Ein Grossteil seiner Aufmerksamkeit gelte seinen Schmerzen, was sich zeige, indem er das Gespräch immer wieder auf seine Schmerzen lenke, auch wenn das Gespräch von der Testperson auf andere Themen gebracht werde. Bei den Tests bewege er sich teilweise verlangsamt, was er auf die Schmerzen zurückführe, auch breche er Tests wegen Schmerzen selbstlimitiert ab. Kraftdefizite gebe es vor allem in der Schultermuskulatur, links mehr als rechts, in der Arm- und Handgelenkmuskulatur, aber auch im Rumpf und in den Beinen (Urk. 11/16/5 S. 2 oben).

Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers wurde im Wesentlichen als schlecht beurteilt, da er sehr viele Tests abgebrochen habe und auch der Einsatz bei der Handkraft fraglich gewesen sei. Er begründe dies mit seinen Schmerzen. Ein Training zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit mit dem Ziel, wieder an die gleiche Arbeit zurückzukehren, könne er sich nicht vorstellen. Er habe keine klaren Vorstellungen, wie es weitergehen solle. Die Konsistenz könne aufgrund der begrenzten Testauswahl nicht abschliessend beurteilt werden (Urk. 11/16/5 S. 2 Mitte).

Die Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist könne aufgrund der Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit nur teilweise beurteilt werden, sei aber im Minimum halbtags gegeben. Dabei bestehe eine Belastungsreduktion: Gewichtslimiten beständen bei 20 bis 25 kg für das Heben, für das Ziehen und Stossen von Paletten bis 300 kg oder schwerere Paletten zu zweit bis 600 kg, für das Heben über Kopf bis 10 kg. Die Tätigkeit als Chauffeur sei von der Fahrtauglichkeit abhängig, die man aufgrund dieser Evaluation nicht beurteilen könne. Für andere berufliche Tätigkeiten sei eine mittelschwere Arbeit zumutbar, wobei der zeitliche Umfang aufgrund des gewählten abgekehrten Testverfahrens nicht schlüssig beurteilt werden könne (Urk. 11/16/5 S. 2 unten).

Bezüglich beruflicher Eingliederung wurde eine reduzierte Tätigkeit am gleichen Arbeitsplatz mit bisheriger Tätigkeit empfohlen. Der Beschwerdeführer solle wieder sportliche Eigenaktivitäten aufnehmen. Falls er sich deutlich für eine arbeitsbezogene Rehabilitation entscheiden könne, sollte diese Chance genutzt werden (Urk. 11/16/5 S. 3).

3.5 Mit Bericht vom 29. Juni 2001 hielten die Ärzte der Rheumaklinik im Hinblick auf das durchgeführte Testverfahren fest, dass in den dynamischen Tests eine Belastbarkeit im mittelschweren Gewichtsbereich habe erhoben werden können. Bei schon länger bestehendem generalisiertem undifferenziertem Schmerzsyndrom sei der Beschwerdeführer stark schmerzfixiert und könne sich eine ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation an der Rheumaklinik überhaupt nicht vorstellen. Obwohl die Arbeitsstelle noch vorhanden sei, glaube er weder zum jetzigen Zeitpunkt noch in naher Zukunft an eine Reintegration als Lagerist, auch nicht als Mitarbeiter im Transportdienst. Aktuell sehe man deshalb keine Möglichkeit für eine erfolgsversprechende berufsorientierte Rehabilitation. In der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist sollte jedoch mit folgenden Gewichtslimiten mindestens halbtags eine Beschäftigung möglich sein: Heben Boden-Taille maximal 22,5 kg, Heben Taille-Kopfhöhe maximal 10 kg und Heben horizontal maximal 27,5 kg (Urk. 11/15/5 = 11/16/3).

Empfohlen wurde eine sukzessive Rückführung des Beschwerdeführers an den bisherigen Arbeitsplatz mit den genannten Gewichtslimiten. Falls sich im Schmerzverhalten oder an der mangelnden Bereitschaft für ein arbeitsbezogenes Rehabilitationstraining eine grundlegende Änderung ergebe, könne er zu einem späteren Zeitpunkt zur diesbezüglichen Reevaluation angemeldet werden (Urk. 11/15/5 unten).

3.6 Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Neurologie, nahm in ihrem Bericht vom 24. September 2001 folgende Beurteilung vor: Klinisch und elektroneurographisch sei eine Reiz- und Ausfallsymptomatik des sensiblen, oberflächlichen Endastes des Nervus radialis links zu finden, am ehesten bedingt durch eine Druckneuropathie an der radialen Vorderseite links, allenfalls im - möglicherweise durch Alkohol bedingten - vertieften Schlaf. Infolge sehr diffuser und zum Teil nicht ganz glaubwürdiger anamnestischer Angaben, bei denen jeglicher Alkoholkonsum trotz deutlichem Foetor aethylicus verneint werde, sei die Ursache letztlich schwierig festzustellen. Wegen leichter Zeichen einer Polyneuropathie empfahl Dr. C.____, auf Alkohol zu verzichten und behandelbare Ursachen laborchemisch ausschliessen zu lassen. Eine Besserung der Symptomatik sei im Laufe von Wochen zu erwarten (Urk. 11/15/3 S. 2).

In einem weiteren Bericht vom 21. November 2001 stellte Dr. C.____ zwischenzeitlich eine in etwa konstante Hypästhesie und Missempfindung im Versorgungsbereich des Ramus superficialis des linken Nervus radialis fest. Ganz im Vordergrund klage der Beschwerdeführer aber über ein generalisiertes Schmerzsyndrom. Die Laborkontrolle habe bis auf leicht erhöhtes Bilirubin im Normbereich liegende Werte ergeben. Aus neurologischer Sicht finde sich unverändert eine sensible Reiz- und Ausfallsymptomatik des sensiblen Endastes des Nervus radialis links, am ehesten bedingt durch eine lokale Druckirritation. Es ergebe sich keine kausal angehbare Grunderkrankung; spezifische Massnahmen seien nicht möglich. Symptomatisch empfehle sich, eine weitere Druckeinwirkung zu vermeiden. Eine Besserung beziehungsweise eine Erholung von der Störung sei im Laufe von Wochen bis Monaten zu erwarten (Urk. 11/15/4).

3.7 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D.____ (vgl. Urk. 11/17/1 S. 2 lit. D1), diagnostizierte mit Bericht vom 7. Mai 2002 ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform mit S-förmiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Schulterhochstand links und Haltungsinsuffizienz, sowie ausgeprägte Zeichen der somatoformen Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer sei von August bis Oktober 1998 sowie von März bis April 2001 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 11/17/1 S. 1 lit. A-B). Sein Gesundheitszustand sei stationär. Er leide seit 1994 unter Rückenbeschwerden und seit Jahren an einem teils stechenden Druckgefühl tief lumbal mit intermittierenden Ausstrahlungen in das linke Bein (Urk. 11/17/1 S. 2 lit. D). In psychischer Hinsicht seien das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ab sofort zu 100 % zumutbar (Urk. 11/17/1 S. 4).

3.8 Die Ärzte der Rheumaklinik stellten mit einem weiteren Bericht vom 24. Mai 2002 folgende Diagnose (Urk. 11/16/1 S. 1 lit. A):

- Generalisiertes Schmerzsyndrom
- Panvertebralsyndrom bei leichter Wirbelsäulenfehlform und Haltungsinsuffizienz

- Zeichen der somatoformen Schmerzstörung
- Anamnestisch Neuropathie des Nervus radialis links unklarer Aetiologie
- Verdacht auf depressive Episode

Der Beschwerdeführer klagt unverändert über belastungsunabhängige Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Arme und Beine mit brennenden Schmerzen beider Vorderarme und Unterschenkel, zudem klagt er über wenig Gefühl beider Hände und beider Unterschenkel. Hinsichtlich der Waddell-Zeichen (4 von 5 positiv) wurden Achsenstossschmerzen, Schmerzen beim Drehen en bloc, ausgeprägte tiefe und oberflächliche Druckdolenz lumbal, aber auch paravertebral, nicht dermatombezogene Hyposensibilität und ausgeprägtes Schmerzverhalten festgestellt (Urk. 11/16/1 S. 2).

In der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist sei eine Beschäftigung halbtags mit folgenden Gewichtslimiten möglich: Heben Boden-Taille maximal 22,5 kg, Heben Taille-Kopfhöhe maximal 10 kg und Heben horizontal maximal 27,5 kg. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit). Hierin sei eine psychiatrische Beurteilung nicht eingeschlossen, werde aber aufgrund einer möglichen depressiven Verstimmung und deswegen möglicher Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit empfohlen (Urk. 11/16/1 S. 1, Spalte links). Als Lagerist und Chauffeur sei der Beschwerdeführer seit 15. Januar 2001 bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 11/16/1 S. 1 lit. B), in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/16/2 S. 2).

Dr. med. E., der den Beschwerdeführer seit 4. April 2001 behandelte (vgl. Urk. 11/15/1 S. 2 lit. D1), erachtete diesen in seinem Bericht vom 29. Juni 2002 als bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig seit 2. April 2001. Er diagnostizierte ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform, Kyphoskoliose, Schulterhochstand und Haltungsinsuffizienz, eine somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung, eine depressive Störung in Form einer gegenwärtig mittelgradigen Episode mit somatischen Symptomen und eine Reiz- und Anfallsymptomatik des Nervus radialis links (Urk. 11/15/1 S. 1).

Der Gesundheitszustand sei stationär beziehungsweise sich verschlechternd. Beim Beschwerdeführer sei seit mehreren Jahren ein generalisiertes Schmerzsyndrom bekannt. Trotz Einsatz von nichtsteroidalen Antirheumatika, Psychopharmaka, intensiver Physiotherapie, und arbeitsbezogener Rehabilitation in der Rheumaklinik sei es zu keiner wesentlichen Besserung gekommen. Aufgrund des bisherigen Verlaufs müsse bis auf unabsehbare Zeit mit einem Persistieren der Symptome gerechnet werden (Urk. 11/15/1 S. 2).

Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit des Beschwerdeführers seien deutlich eingeschränkt. Er sei in der freien Wirtschaft weder arbeits- noch eingliederungsfähig; es sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 11/15/2 S. 2).

Dr. med. F., Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, gab in seinem unter Einbezug der vorhandenen Akten erstellten Gutachten vom 8. Oktober 2002 zunächst die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wieder. Dieser habe

Schmerzen; nicht nur der Rücken tue weh, sondern der ganze Körper. Die Knochen und Muskeln schmerzten und er habe auch in den Armen und Füssen stechende Schmerzen. Er könne sich kaum bewegen. Die Schmerzen seien Tag und Nacht immer gleich. So könne er unmöglich arbeiten. Er werde von seinem Hausarzt verlangen, in der Rheumklinik untersucht zu werden, wo man herausfinden solle, was er habe. So wie hier sei er schon oft untersucht worden und man habe nichts gefunden (Urk. 11/14 S. 4).

Dr. F.____ diagnostizierte ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronisch lumbovertebralem Syndrom, Wirbelsäulenfehlform mit thorakaler Hyperkyphose und leichter Skoliose, muskulärer Insuffizienz sowie sekundärer Symptomausweitung (Urk. 11/14 S. 5 unten). Der Beschwerdeführer präsentierte das eindrückliche Bild einer generalisierten Schmerzkrankheit. Als Ausdruck der Symptomausweitung beschränkte er sich ausschliesslich auf seine Schmerzen. Deutlich seien die Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch begründete Schmerzen am Bewegungsapparat (Überreaktion, geringere Schmerzangabe bei Ablenkung, Schmerzprovokation durch Scheinmanöver, Schmerzreaktion bei blosser Berührung). Die Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden am Bewegungsapparat und der Schmerzwahrnehmung sei ein Zeichen der somatoformen Schmerzstörung. Der wenig kräftige Habitus mit den Zeichen der muskulären Insuffizienz und Dekonditionierung bedinge heute eine Arbeitsunfähigkeit in einem körperlich schweren Beruf wie Bauarbeiter. Eine leichte bis mässig schwere Arbeit sei dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht auch heute voll zumutbar, wenn sie einigermaßen wechselbelastend sei. Die gleichlautende Beurteilung der Rheumaklinik sei insofern konsistent mit dem Resultat der Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, da letztere bei fehlender Kooperation keine schlüssige Beurteilung der Leistungsfähigkeit zulasse. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge indessen aufgrund der Anamnese und der erhobenen klinischen Befunde (Urk. 11/14 S. 6).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur ohne wesentliches Lastenheben sei der Beschwerdeführer aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Für die Arbeit als Lagerist ergebe die muskuläre Insuffizienz eine Einschränkung; so sei das wiederholte Heben von Lasten über 15 - 20 kg nicht möglich und würde zu somatischen Rückenschmerzen führen. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit wäre möglich, wenn der Beschwerdeführer das empfohlene Trainingsprogramm aufnehmen könnte. Die aktuelle Exploration ergebe deutliche Hinweise, dass nicht somatische Umstände für die Befindlichkeitsstörungen massgebend seien (Urk. 11/14 S. 6 Ziff. 5).

Dr. med. G.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem unter Beizug der vorhandenen Akten verfassten Gutachten vom 15. Februar 2003 folgende Diagnose:

- Probleme der Krankheitsbewältigung bei einem chronifizierten Schmerzsyndrom (F54 ICD-10)
- Atypische Depression (F32.8 ICD-10)
- Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4 ICD-10)

Während der psychiatrischen Exploration habe der Beschwerdeführer gut kooperiert. Sein Verhalten habe der Situation entsprochen; es habe

ein Vertrauensverhältnis geherrscht. Er habe oftmals wiederholt und detailliert von seinen Beschwerden berichtet und scheine auf die körperlichen Sensationen fixiert worden zu sein (Urk. 11/13 S. 5).

Die Exploration habe eine Anspannung, Gereiztheit, Neigung zu impulsiven Verhalten und schliesslich Neigung zum Rückzug ergeben. Im Zusammenhang mit der Diskussion über eine Wiedereingliederung sei der Beschwerdeführer kategorisch und kompromisslos in seiner Meinung gewesen, absolut arbeitsunfähig zu sein. Er sei sehr aufgeregt gewesen, als ihm Dr. G. eröffnete, dass diese Meinung von somatischer Seite nicht gestützt werde. Der Beschwerdeführer sei sogar in eine Erregung geraten, habe Forderungen nach weiteren körperlichen Untersuchungen, aber auch Drohungen gegenüber anderen nicht bezeichneten Personen bis hin zu Selbstmorddrohungen geäussert.

Die gebotene Symptomatik vermittle den Eindruck, dass in diesem Fall eine atypische Depression im Spiel sein könnte. Es handle sich um wechselnde Mischbilder depressiver Symptome, vor allem somatischer Art (Urk. 11/13 S. 5).

Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im ganzen Körper, die mit dem körperlichen Befund nicht korrelierten. Dieser Zustand sei als eine Schmerzverarbeitungsstörung zu interpretieren und erst an zweiter Stelle als eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu erklären. Letztere sei als neurotische Störung zu verstehen und für ihre Diagnosestellung brauche es eine spezifische positive Anamnese, die im konkreten Fall fehle. Die chronischen Überforderungs- und Belastungssituationen, seelischen Krisen und so weiter liessen sich nicht feststellen. Die Schmerzen hätten in diesem Fall eher mit den unterdrückten Affekten zu tun (Urk. 11/13 S. 6).

Die psychischen Störungen seien nicht so stark ausgeprägt, dass man mit ihnen allein die vom Patienten postulierte volle Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Aus psychischen Gründen könne man eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von höchstens 40 % bestreiten.

Es sei eine psychotherapeutische Behandlung indiziert; leider habe man dafür bisher viel Zeit verpasst. Der Zustand habe sich chronifiziert und der Beschwerdeführer sei auf seine Beschwerden fixiert, was eine Behandlung enorm erschwere. Die Prognose sei völlig ungewiss. Das sture, kompromisslose Beharren des Beschwerdeführers, an einer körperlichen Krankheit zu leiden, werde die Therapie erschweren und den Genesungsprozess verlangsamen (Urk. 11/13 S. 6).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer legte mit Eingabe vom 28. April 2004 dem Gericht weitere Arztberichte vor (Urk. 13, Urk. 14/1-3). Diese wurden nach Abschluss des Schriftenwechsels vom 10. März 2004 (Urk. 12) eingereicht. Nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichte Beweismittel, namentlich Gutachten, sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhalts beizutragen vermögen (RKUV 1985 Nr. K 646 S. 239 Erw. 3b = ZAK 1986 S. 190 Erw. 3b; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 194). Die fraglichen Arztberichte (Urk. 14/1-3) vermögen mangels Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nichts zur Beurteilung der strittigen Frage nach dessen Invaliditätsgrad beizutragen, es kann somit auf sie nicht abgestellt werden.

4.2. Der Bericht der Ärzte der Poliklinik vom Januar 1999 (Urk. 11/17/3) enthält zwar hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eine Diagnose, die Beurteilung beschränkt sich jedoch im Wesentlichen auf die vorgesehene Therapie und den weiteren Verlauf der Behandlung. Zwar hielten die Ärzte fest, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bis auf Weiteres auf 50 % festgelegt worden sei (Urk. 11/17/3 S. 2). Es ist jedoch nicht ersichtlich, ob sie selbst oder der zuweisende Hausarzt von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Ferner fehlen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit. Der Bericht ist deshalb nur beschränkt aussagekräftig.

Die Berichte von Dr. C. (Urk. 11/15/3-4) betreffen eine spezialärztliche neurologische Abklärung, die in die Beurteilung von Dr. E. einfluss (Urk. 15/1 S. 1). Zwar finden sich darin Hinweise, dass innert Wochen oder Monaten eine Besserung zu erwarten sei (Urk. 11/15/3 S. 2, 11/15/4). Die Berichte enthalten jedoch keine konkreten Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und sind deshalb diesbezüglich nicht aufschlussreich.

4.3. Die Berichte der Ärzte der Rheumaklinik (Urk. 11/17/2, Urk. 11/15/6, Urk. 11/16/5, Urk. 11/15/5 und Urk. 11/16/1) sind unterschiedlich zu beurteilen.

Was die an der Rheumaklinik durchgeführte Teilevaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit angeht (Urk. 11/16/5), so kommt deren Ergebnissen nur begrenzte Aussagekraft zu: Mangels Leistungsbereitschaft oder -fähigkeit des Beschwerdeführers konnten nicht alle Tests durchgeführt werden. Dies erschwerte die Beurteilung der Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist. Die Tauglichkeit als Chauffeur konnte mangels Fahrtauglichkeitsevaluation nicht abgeklärt werden, und hinsichtlich einer behinderungsangepassten Tätigkeit wurde zwar festgehalten, dass eine mittelschwere Arbeit zumutbar sei, dass aber der zeitliche Umfang infolge des abgeleiteten Testverfahrens nicht festgelegt werden könne (Urk. 11/16/5 S. 2). Insgesamt kann deshalb auf diesen Bericht nicht abgestellt werden. Entsprechend vermögen auch die nachfolgenden, sich massgeblich auf das durchgeführte Testverfahren stützenden rheumatologischen Berichte vom 29. Juni 2001 und vom 24. Mai 2002 hinsichtlich der darin enthaltenen Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht genügend zu überzeugen (Urk. 11/15/5, Urk. 11/16/1 S. 3).

Die in den früheren rheumatologischen Berichten vorgenommene Beurteilung ergab, dass dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht jede leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben zu 100 % zugemutet werden kann (Urk. 11/17/2, Urk. 11/15/6 S. 2). Diese Berichte sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und für die streitigen Belange umfassend, insbesondere da darin, wie auch in den nachfolgenden Berichten (vgl. Urk. 11/16/5 S. 2, Urk. 11/16/3), auch die psychische Komponente der Leiden des Beschwerdeführers berücksichtigt wurde. So hielten die Ärzte 1999 fest, dass in den abschliessenden Kontrollen Zeichen einer depressiven Reaktion sowie der Symptomausweitung im Vordergrund gestanden hätte (Urk. 11/17/2). Im Jahr 2001 wurde festgestellt, dass die Schmerzerkrankung des Beschwerdeführers einen grossen Stellenwert einnehme (Urk. 11/15/6 S. 2). Es wurde in der Folge eine psychiatrische Evaluation empfohlen (Urk. 11/16/1 S. 4), die von Dr. G. am 14. Februar 2002 durchgeführt wurde (Urk. 11/13; dazu nachfolgend Erw. 4.8). Dieser Einbezug

steht - obwohl zur Erstellung dieser Berichte keine psychiatrische Meinung eingeholt wurde - einer aussagekräftigen Beurteilung der physischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht entgegen, bildet die Abklärung der somatischen Beschwerden doch bei Schmerzpatienten eine wichtige Grundlage, um die Ursache der Schmerzen zu erforschen. Es kann deshalb bereits gestützt auf die genannten Berichte der Rheumaklinik zumindest in behinderungsangepasster Tätigkeit von einer 100%igen physischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden.

4.4 Auch Dr. D. ____, Hausarzt des Beschwerdeführers, hielt diesen in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 17/1 S. 4). Dabei stützte er sich auf die von den Ärzten der Poliklinik und der Rheumaklinik verfassten Berichte sowie auf seine eigenen Befunde (Urk. 11/17/3 S. 2). Allerdings beantwortete Dr. D. ____, die Fragen nach konkret möglichen physischen Funktionen des Beschwerdeführers (Urk. 17/1/S. 3) nicht abschliessend, was nicht nachvollziehbar ist. Insbesondere würden Angaben hinsichtlich der verbleibenden Möglichkeiten des Lebens und Tragens Rückschlüsse auf die Übereinstimmung von Diagnose und entsprechender Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zulassen.

4.5 Zu einem ganz anderen Schluss kam Dr. E. ____, in seinem Bericht vom 29. Juni 2002 (Urk. 11/15/1), der knapp zwei Monate nach demjenigen von Dr. D. ____, (Urk. 11/17/3) verfasst wurde. Dr. E. ____, hielt den Beschwerdeführer für in der freien Wirtschaft weder arbeits- noch eingliederungsfähig. Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien deutlich eingeschränkt und es sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 11/15/1 S. 4). Eine schlüssige Begründung für diese Einschätzung ist jedoch nicht ersichtlich; auch bei angeblich eingeschränkten psychischen Funktionen - was von Dr. E. ____, als Allgemeinpraktiker nicht abschliessend beurteilt werden kann - ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit grundsätzlich vorstellbar. Zudem basiert die Anamnese auf unrichtigen Annahmen (Urk. 11/15/1 S. 2 Ziff. 3): Die arbeitsbezogene Rehabilitation im USZ konnte keine Besserung bringen, weil sie aufgrund der fehlenden Bereitschaft des Beschwerdeführers nicht stattfand (Urk. 11/15/5). Der Bericht von Dr. E. ____, vermag somit nicht zu überzeugen.

4.6 Das unter Einbezug der vorhandenen Akten erstellte Gutachten von Dr. F. ____, (Urk. 11/14) genügt den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.5). Darin wird deutlich, dass dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % zugemutet werden kann (Urk. 11/14 S. 6 Ziff. 4.1). Die von Dr. F. ____, vorgenommene Einschätzung der verbleibenden zumutbaren Arbeitsfähigkeit stimmt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4) mit derjenigen der Ärzte der Rheumaklinik überein (vgl. vorstehend Erw. 4.4). Dr. F. ____, hielt weiter fest, dass eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit möglich wäre, wenn der Beschwerdeführer ein Trainingsprogramm aufnehmen würde. Die Untersuchung habe deutliche Hinweise ergeben, dass nicht somatische Umstände für die Befindlichkeitsstörung des Beschwerdeführers massgeblich seien (Urk. 11/14 S. 6 Ziff. 5). Dementsprechend veranlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. G. ____, (Urk. 11/31).

4.7 Auch das psychiatrische Gutachten von Dr. G. ____, (Urk. 11/13) genügt den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.5). Dr. G. ____, stellte unter Einbezug der vorhandenen IV-Akten (Urk. 11/31 lit. D) fest, dass die psychischen Störungen des Beschwerdeführers nicht so stark ausgeprägt seien, dass mit ihnen

allein die postulierte volle Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen sei höchstens zu 40 % gegeben, wovon auszugehen ist. Dr. G.____ empfiehlt eine psychotherapeutische Behandlung (Urk. 11/13 S. 6).

Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was das Gutachten von Dr. G.____ zu entkräften vermag. Da Dr. G.____ insbesondere das rheumatologische Gutachten von Dr. F.____ in seine Beurteilung mit einbezog (Urk. 11/13 S. 1, 2), wurden die somatischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers gebührend berücksichtigt. Für die Einholung eines zusätzlichen interdisziplinären Gutachtens besteht kein Anlass. Was die beanstandete Beurteilung eines bosnischen Muslimen durch einen serbischen Gutachter angeht (Urk. 1 S. 4 Ziff. II. 4), so ist weder die Herkunft des Gutachters Dr. G.____ noch diejenige des Beschwerdeführers für die Beurteilung der Invalidität des Beschwerdeführers relevant (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen I. vom 19. September 2000, I 196/00, Erw. 2b, mit zahlreichen Hinweisen).

4.8 Nach dem Gesagten ist die Annahme einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht zu beanstanden, insbesondere da nach rheumatologischer Einschätzung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und nach psychiatrischer Einschätzung höchstens eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % vorliegt. Weiter ist aufgrund der ärztlichen Aussagen davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit der Aufnahme medizinischer Therapien verbessern liesse (Urk. 11/14 S. 6 Ziff. 5, Urk. 11/13 S. 6). Der Beschwerdeführer ist aufgrund der im Sozialversicherungsrecht geltenden Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht gehalten, das ihm Zumutbare zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorzukehren und eine solche Therapie aufzunehmen (vgl. Urk. 11/7). Entsprechend handelt es sich bei Annahme einer 60%igen Arbeitsfähigkeit um einen Minimalwert; es ist nicht ausgeschlossen, dass der Beschwerdeführer im Stande ist, sein Arbeitspensum therapiebegleitet zu erhöhen.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf den bei der A.____ im Jahr 2000 erzielten Lohn von Fr. 60'244.50 (Urk. 11/8 S. 1, Urk. 11/41 S. 2 Ziff. 20) und errechnete einen Validenlohn von Fr. 63'929.-- (Urk. 11/8 S. 2).

5.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b).

5.3 Ausgehend vom letztmalig bei der A.____ im Jahr 2000 erzielten Lohn des Beschwerdeführers von Fr. 60'244.50 ergibt sich unter Berücksichtigung der nominellen Lohnentwicklung für das Jahr 2001 und 2002 in Höhe von 1,6 % und 2,0 % (Die Volkswirtschaft 9/2004, S. 87, Tabelle B10.2, lit. I ein Valideneinkommen von Fr.

62'433.-- (Fr. 60'244.-- x 1,016 x 1,02).

5.4. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt worden, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 4/2004 S. 86 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

5.5. Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.6. Zur Berechnung des Invalideneinkommens führte die Beschwerdegegnerin einen Prozentvergleich durch und nahm entsprechend ein Invalideneinkommen von Fr. 38'357.40 an (Fr. 63'929.-- x 0,6; Urk. 11/8 S. 2).

Der Einkommensvergleich gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (seit 1. Januar 2003 Art. 16 ATSG) 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (vgl. BGE 128 V 30 Erw. 1; AHI 2000 S.

309 Erw. 1a mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend besteht kein Anlass zur Vornahme eines Prozentvergleiches, da sowohl das hypothetische Validen- wie Invalideneinkommen des Beschwerdeführers ziffernmässig genau ermittelt werden können.

5.7 Ä Ä Ä Angesichts der gesundheitsbedingten Einschränkungen und der zumutbaren Arbeitstätigkeit von mindestens 60 % (vgl. vorstehend Erw. 4.9) steht dem Beschwerdeführer eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2002 Tabellengruppe A, Rubrik ■Total■, Niveau 4, www.bfs.admin.ch). Wenn der Beschwerdeführer behinderungsbedingt nur ein Teilzeitpensum erfüllt, so ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass sich Teilzeitarbeit bei Männern - im Gegensatz zu Teilzeit arbeitenden Frauen - lohnässig verringernd auswirken kann (vgl. LSE 2000 S. 24 Tabelle 9).

5.8 Ä Ä Ä Das im Jahr 2002 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'557.-- pro Monat (LSE 2002 TA 1 Total, Niveau 4), mithin Fr. 54'684.-- im Jahr (Fr. 4'557.-- x 12). Der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden angepasst ergibt dies den Betrag von Fr. 57'008.-- (Fr. 54'684.-- : 40 x 41,7) und auf ein 60%iges Arbeitspensum bezogen Fr. 34'205.-- (Fr. 57'008.-- x 0,6). Da mit der angenommenen Arbeitsfähigkeit von lediglich 60 % das - zumutbarerweise ausschöpfbare - mit medizinischen Therapien realisierbare Steigerungspotential zu Gunsten des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt wurde, (vgl. vorstehend Erw. 4.9) erscheint ein Abzug von 5 % als insgesamt angemessen. Somit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 32'495.-- (Fr. 34'205.-- x 0,95).

5.9 Ä Ä Ä Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 62'433.-- (vgl. vorstehend Erw. 5.3) mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 32'495.-- (vgl. vorstehend Erw. 5.5) ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 29'938.--. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von 47,95 %, was praxisgemäss auf 48 % aufzurunden ist (BGE 130 V 121).

6. Ä Ä Ä Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die von der Beschwerdegegnerin per 2. April 2002 zugesprochene Viertelsrente als rechtens erweist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

7. Ä Ä Ä Nachdem der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers auf Anfrage auf Einreichung einer Honorarnote verzichtete (vgl. Urk. 17), ist er in Würdigung der Bedeutung der Streitsache, nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses und beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Verfügung vom 11. November 2003 betreffend Verbeständigung im Einspracheverfahren wird der Prozess als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jörg Maron, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (Honorar und Auslagenersatz inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jörg Maron

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie

- an die Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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