

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00932 vom 27. Dezember 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00932

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00932 du 27 décembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00932 del 27 dicembre 2007

Erwägungen

E. 3

3.1 Die IV-Stelle hat im angefochtenen Einspracheentscheid die gesetzlichen Vorschriften zum Invaliditätsbegriff (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; in der seit 1. Januar 2003 gültigen Fassung]), zum Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 und Abs. 1 bis IVG [in der bis Ende 2003 gültig gewesenen Fassung] bzw. Art. 28 Abs. 1 IVG [in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung]) und zur Ermittlung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten (Art. 16 Abs. 1 ATSG) sowie die Rechtsprechung zur allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (BGE 104 V 136 Erw. 2a und b und AHI 2000 S. 309 Erw. 1a, am Ende, mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2) und zur Bedeutung ärztlicher Auskünfte im Rahmen der Invaliditätsbemessung (BGE 125 V 261 Erw. 4, 115 V 134 Erw. 2, 114 V Erw. 3c und 105 V 158 Erw. 1) richtig dargelegt (Urk. 2 S. 1-3). Darauf kann verwiesen werden.

E. 3.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden können; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

E. 3.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der

medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessenden Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Im Übrigen hat das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a).

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheides eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 161 f. Erw. 2d; ZAK 1984 S. 349 Erw. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 102 Erw. 4 mit Hinweisen).

Nach Abschluss des Schriftenwechsels unaufgefordert eingereichte Stellungnahmen einer Partei sind aus dem Recht zu weisen; demgegenüber sind nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichte Beweismittel, namentlich Gutachten, insoweit zu berücksichtigen, als diese 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).

E. 4

4.1

4.1.1 Der Beschwerdeführer wurde am 14. März 2005 durch R. ___-Fachärzte orthopädisch und psychiatrisch untersucht (Urk. 12/21 S. 1). Die Experten stellten im Gutachten vom 18. Mai 2005 die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/21 S. 18):

Persistierende Schulterschmerzen rechts

- Verdacht auf persistierendes subakromiales Impingement (ICD-10 M75.4)

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach Arthroskopie mit subakromialer Bursektomie und AC-Gelenksresektion vom 6. Dezember 2001 (ICD-10 Z98.8)

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach Arthroskopie und offener Supraspinatussehnen-Rekonstruktion, Akromioplastik und Bizepssehnen-Tenodese vom 7. November 2000 (ICD-10 Z98.8)

Persistierende Knieschmerzen rechts

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach Re-Arthroskopie mit partieller lateraler Menishektomie und Knorpelbrückenbildung vom 2. Februar 2005 und Arthroskopie mit partieller lateraler Menishektomie vom 23. Juni 2004 (ICD-10 Z98.8)

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä beginnende degenerative Veränderungen (ICD-10 M17.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst wurden die folgenden Diagnosen bezeichnet (Urk. 12/21 S. 18 f.):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen Ä Ä Ä (ICD-10 F68.0)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach leichter depressiver Episode (ICD-10 F32.0)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikale Ä Ä Ä Symptomatik (ICD-10 M54.5)

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä leichtgradige degenerative Veränderung der unteren LWS (ICD-10 M74.86)

Status nach partieller Endgliedamputation Daumen rechts 1984

Status nach Osteosynthese und Osteosynthesematerialentfernung bei Femurfraktur rechts 1982 (ICD-10 T93.2/Z98.8/Z47.0)

Status nach Operation bei Hallux valgus rechts 1980 (ICD-10 Z98.8).

4.1.2 Ä Ä Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K. ____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt fest, das gesamte Beschwerdebild sei durch verschiedene Probleme am Bewegungsapparat gekennzeichnet. Je nach gerade ausgeführter Tätigkeit stünden die Beschwerden an der rechten Schulter, an der lumbalen Wirbelsäule oder am Knie im Vordergrund. Die eingeleitete analgetische Therapie zeige eine mäßiggradige Wirksamkeit (Urk. 12/21 S. 12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aktuell würden sich bei der Begutachtung auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivieren lassen: Das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain sei durch deutliches Schonhinken rechts gekennzeichnet, das sich allerdings nicht ganz konsistent präsentiere, indem es beim Treten an Ort mit geschlossenen Augen viel weniger auffalle. Ebenso seien die Gangvarianten in extensionsnaher Stellung gut möglich, wogegen der Kauergang unter Schmerzangabe im rechten Knie auf 50° Knieflexion limitiert werde. Die Untersuchung der Wirbelsäule zeige ebenfalls gesamthaft eine weitestgehend freie Beweglichkeit, indem der initiale Finger-Boden-Abstand (FBA) von 39 cm später durch den Langsitz relativiert werde, bei dem der Beschwerdeführer ohne lumbale Schmerzangabe mit den Fingerspitzen die Malleolen erreichen könne, entsprechend einem FBA von zirka 10 cm. Auch die

Beweglichkeit des Kopfes sei inkonsistent und nach Ablenkung gelinge zwischenzeitlich in alle Richtungen ein weitestgehend freier Bewegungsumfang. In liegender Position könnten keine wesentlichen Verspannungen der paravertebralen oder der Nackenmuskulatur getastet werden, wiewohl insbesondere im Bereich des Nackens rechts eine Druckdolenz angegeben werde. Auffallend sei jedoch in sitzender Stellung die deutliche Verkrampfung des Beschwerdeführers mit einem Hochziehen der rechten Schulter unter konstanter Aktivierung der periartikulären Muskulatur, die auch auf mehrfache Aufforderung kaum gelöst werde (Urk. 12/21 S. 12 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An den unteren Extremitäten konzentriere sich die Problematik auf das rechte Knie, wo vor sechs Wochen eine Arthroskopie durchgeführt worden sei. Die Beweglichkeit sei im Vergleich zur Gegenseite leichtgradig eingeschränkt und die endgradige Flexion provoziere popliteale Schmerzen. Die Operationsnarben seien jedoch reizlos, ebenso lasse sich kein intraartikulärer Erguss palpieren, obwohl der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits den halben Tag unterwegs gewesen sei. Am rechten Fuss beständen nach Hallux valgus-Operation eine nach wie vor gut korrigierte Zehenstellung und reizlose Narbenverhältnisse, links eine leichtgradige Valgusfehlstellung der Grosszehe ohne wesentliche Probleme (Urk. 12/21 S. 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An den oberen Extremitäten zeige sich links eine schmerzlose Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bei guter Kraftentfaltung. Rechts sei in erster Linie die Funktion der Schulter eingeschränkt, indem aktiv lediglich eine Abduktion und Flexion bis 110° möglich sei, die passiv jedoch bis auf 150° ausgedehnt werden könnten, allerdings unter Provokation diffuser Schmerzen. Diese seien sicherlich zusätzlich durch die erhebliche muskuläre Abwehrspannung provoziert, welche der Beschwerdeführer während der ganzen Untersuchung nur wenige Male für höchstens ein paar Sekunden reduziere. Die angegebenen Beschwerden würden am ehesten einem subakromialen Impingement entsprechen, da sich keine sicheren Hinweise für eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette finden liessen. Zudem erwachse durch die konstante Aktivierung der periartikulären Muskulatur mit fast krampfartigen Verhältnissen ein weiteres schmerzauslösendes Moment, das vom Beschwerdeführer zumindest teilweise willkürlich beeinflussbar sei. Die Haut- und Narbenverhältnisse seien reizlos ohne Hinweise für ein entzündliches Geschehen. Im Bereich von Ellbogen und Hand rechts erfolge eine deutlich verlangsamte Bewegungsprüfung, und der Ellbogen werde auch nicht vollständig flektiert unter Hinweis auf ventrale Schulterschmerzen, passiv gelinge jedoch eine volle und auch weitestgehend schmerzfreie Bewegungsprüfung. Ebenso werde die rechte Hand bei der expliziten Prüfung deutlich vermindert eingesetzt, der Faustschluss erfolge aktiv nicht vollständig, wiewohl sich weder auf artikulärer noch auf muskulärer Ebene dafür irgendein Grund eruieren lasse. In abgelenkten Momenten setze der Beschwerdeführer den rechten Arm jedoch deutlich mehr ein, als ihm dies offenbar bewusst sei. So stütze er sich beim Einnehmen der Bauchlage zeitweise ausschliesslich auf dem rechten Arm ab und beim Drehen werde auch spontan eine deutliche Überkopfhaltung des Armes eingenommen, ohne dass dafür eine Notwendigkeit bestünde, sodass hierbei eine weitgehende Schmerzfreiheit postuliert werden müsse (Urk. 12/21 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf neurologischer Ebene würden sich keine Hinweise für eine Pathologie im peripheren Nervensystem zeigen. Insbesondere beständen keine Hinweise

für eine spinale Kompressionsproblematik (Urk. 12/21/14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Radiologisch würden sich leichtgradige postoperative Veränderungen an der rechten Schulter zeigen. Die lumbale Wirbelsäule weise diskrete degenerative Veränderungen im unteren Abschnitt auf, wo sich aber auch MR-tomographisch keine Neurokompression darstellen lasse. An der rechten Hand würden leichtgradige periskaphoidale degenerative Veränderungen bestehen, vor allem im Bereich gegen Os trapezium und Os trapezoideum (Urk. 12/21 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst könne gesagt werden, dass sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden im Bereich der Extremitäten durch die objektivierbaren Befunde teilweise erklären liessen. An der rechten Schulter bestehe ein postoperativer Zustand, der unter grösseren körperlichen Belastungen und im Nackenbereich zu einer Schmerzprovokation führen dürfte. Dadurch werde allerdings nicht erklärt, weshalb der rechte Arm im Alltag derart schlecht eingesetzt werde, insbesondere da es dem Beschwerdeführer in abgelenkten Situationen durchaus möglich sei, diesen nahezu korrekt einzusetzen. Die Beschwerden im Ellbogen liessen sich durch die Schulterproblematik nur unzureichend begründen und auch die Schmerzen im Handgelenk seien zu diffus, als dass dafür die einzig feststellbaren degenerativen Veränderungen periskaphoidale als genügende Erklärung ausreichen würden. Gesamthaft bestehe sicher eine gewisse Selbstlimitierung des Beschwerdeführers, zudem auch eine weitgehend willkürliche unphysiologische Haltung an der rechten Schulter. Dies sei wohl im Sinne einer Schmerzreduktion gedacht, dürfte allerdings durch die konstante Aktivierung der Muskulatur mit hoher Wahrscheinlichkeit das Gegenteil provozieren. Am rechten Knie bestehe ein postoperativer Zustand, so dass eine endgültige Beurteilung jetzt noch nicht möglich sei. Der bisherige Verlauf sei allerdings trotz der subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers als weitgehend regelrecht zu bezeichnen. Auch beständen heute keine Anzeichen einer akuten Problematik im Sinne einer Rötung, Schwellung oder Ergussbildung und der Bewegungsapparat sei als gut zu bezeichnen, wenngleich noch ein leichtes Defizit bestehe (Urk. 12/21 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. K. ___ aus, dass die angestammte Tätigkeit als Maurer als körperlich schwer anzusehen sei, so dass aufgrund der Pathologie an der rechten Schulter und des rechten Knies aus orthopädischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Hingegen bestehe unter der Voraussetzung eines weiteren problemlosen Verlaufs bezüglich des rechten Knies für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position und ohne Nackenbewegungen der Arme eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Eine definitive Beurteilung des Endzustandes am rechten Knie sei zirka in drei Monaten postoperativ möglich. Für den Fall von persistierenden objektivierbaren Einschränkungen am rechten Knie bestünde eine volle Arbeitsfähigkeit nur für Tätigkeiten, die weitgehend im Sitzen durchgeführt werden können (Urk. 12/21 S. 14). Die lumbalen Rückenschmerzen seien in dieser Beurteilung nicht explizit erwähnt, da sich keine wesentlichen objektivierbaren Befunde finden liessen, die eine Einschränkung begründen würden. Es sei an dieser Stelle allerdings gesagt, dass durch den Ausschluss körperlich schwerer Tätigkeiten den festgestellten degenerativen Veränderungen sicherlich genügend Rechnung getragen sei, da ein fast konstanter somatischer Schmerz bei den objektivierbaren Befunden kaum zu erklären sei (Urk. 12/21 S. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abschliessend bemerkte Dr. K. ____, dass eine gewisse Diskrepanz zwischen dem subjektiven Schmerzerleben des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden, zudem eine gewisse Inkonsistenz in verschiedenen Untersuchungssituationen betreffend die gleichen Körperpartien bestehe. Inwieweit eine Schmerzverarbeitungsproblematik vorliege und dadurch gegebenenfalls ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entstehe, sei Gegenstand des psychiatrischen Teils dieses Gutachtens (Urk. 12/21 S. 15).

4.1.3 Ä Ä Der psychiatrische Teilgutachter Dr. I. ____, hielt in seiner Beurteilung zusammengefasst fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgegangen sei. Er klage über Schulter-, Rücken- und Kniebeschwerden und fühle sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Der Beschwerdeführer vertrete die realistische Einschätzung, dass er in seinem Alter, mit seinen Einschränkungen und seiner eher tiefen Schulbildung keine Arbeitsstelle mehr finden könne. Gemäss den somatischen Untersuchungsbefunden könne das Ausmass der Beschwerden nicht vollständig objektiviert werden. Es müsse eine gewisse Überlagerung der geklagten Beschwerden angenommen werden. Der Beschwerdeführer gehe recht passiv mit seinen Beschwerden um und erwarte von den Therapeuten, dass sie ihn gesund machen würden. Dieser Umstand und auch das Wissen um die Schwierigkeiten, in einer alternativen Tätigkeit eine Anstellung zu finden, hätten zur psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden beitragen können. Für die psychische Überlagerung spreche auch die Therapieresistenz der Beschwerden. Die chronischen Beschwerden und der Verlust der Tagesstruktur hätten beim Beschwerdeführer zu depressiven Symptomen geführt. Er habe vor allem unter Schlafstörungen, aber auch unter einer inneren Unruhe, einer Nervosität und einer gewissen Gereiztheit gelitten. Seit Mai 2004 stehe der Beschwerdeführer in ambulanter psychiatrischer Behandlung, wobei er, entgegen seinen Angaben, die verordneten Antidepressiva gar nicht, respektive höchst unregelmässig einnehme. Dennoch gehe es ihm eigenen Aussagen zufolge seither besser. Zurzeit seien keine depressiven Symptome mehr vorhanden. Der Schlaf-Wachrhythmus sei zwar gestört, was aber auch mit der unregelmässigen Tagesstruktur zusammenhänge. Die Beziehung zu seiner Familie sei nach wie vor sehr gut, der Beschwerdeführer treffe sich wöchentlich mit den zahlreichen in der Schweiz lebenden Verwandten seiner Ehefrau. Er sehe auch regelmässig fern und lese Zeitungen oder Bücher (Urk. 12/21 S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Untersuchung seien keine eigentlichen depressiven Symptome feststellbar gewesen; die Stimmung sei aber angesichts der ungewissen wirtschaftlichen Zukunft etwas angespannt und besorgt gewesen. Da im Vorfeld der Schmerzverarbeitungsstörung keine lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren vorhanden gewesen seien, könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Diagnostisch handle es sich um eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Vorübergehend sei der Beschwerdeführer auch depressiv gewesen. Die Depressionen hätten sich aber unter der ambulanten psychiatrischen Therapie zurückgebildet und seien nicht mehr vorhanden. Die Prognose sei aber sehr ungünstig. Der Beschwerdeführer sei innerlich überzeugt davon, aufgrund seiner Beschwerden nicht mehr arbeiten zu können. Auch sein Alter, seine mangelnde Deutschkenntnisse und die geringe Schulbildung dürften ein schwerwiegendes Rehabilitationshindernis darstellen (Urk. 12/21 S. 18).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen könne zurzeit keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Der Beschwerdeführer habe zwar im Frühjahr 2004 vorübergehend unter depressiven Verstimmungen gelitten. Diese hätten sich aber unter adäquater Therapie weitgehend zurückgebildet. Dem Beschwerdeführer sei es aus psychischer Sicht zumutbar, trotz seiner subjektiv empfundenen Beschwerden seiner angestammten oder einer seinen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit ganztags und ohne jede Leistungseinschränkung nachzugehen (Urk. 12/21 S. 18).

4.2 Â Â Â Â Dieses R. ___-Gutachten, gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneinte, ist für die streitige Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Schliesslich sind die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet und nachvollziehbar.

Â Â Â Â Â Â Â Â In somatischer Hinsicht rät der Beschwerdeführer, dass bei der Begutachtung vom Frühjahr 2005 auf eine rheumatologische Untersuchung verzichtet wurde, obwohl Hinweise auf eine Fibromyalgie vorgelegen hätten. Das R. ___-Gutachten sei deshalb unvollständig (Urk. 1 S. 2). Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden, zumal der orthopädische R. ___-Teilgutachter, der Kenntnis vom Untersuchungsbericht von SUVA-Arzt Dr. D. ___ vom 16. März 2004 (vgl. Anhang zu Urk. 38/12) hatte (Urk. 12/21 S. 3), eine umfassende Untersuchung und Befunderhebung des Bewegungsapparates vornahm. Hinzu kommt, dass die Diagnose Fibromyalgie - wie nachfolgend noch zu zeigen sein wird (Erw. 4.3.1 und 4.4.1) - auch in den vom Beschwerdeführer angerufenen Berichten gar nicht in Betracht gezogen wurde. Da sich aus den Akten somit keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass beim Beschwerdeführer eine Fibromyalgie, wie dies Dr. D. ___ sinngemäss annahm (vgl. Urk. 7/8 S. 3), vorliegen könnte, drängen sich diesbezüglich keine weiteren Abklärungen auf.

Â Â Â Â Â Â Â Â Zu prüfen bleibt noch, ob die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte von Dr. J. ___ vom 19. August 2005 (Urk. 7/7), Prof. F. ___ vom 21. Dezember 2005 (Urk. 16), Dr. H. ___ vom 15. Juni 2005 (Urk. 12/27) und von Dr. G. ___ vom 13. April 2006 (Urk. 19) die Schlussfolgerungen des R. ___-Gutachtens widerlegen oder in Zweifel ziehen.

4.3 Â Â Â

4.3.1 Â Â Dr. J. ___ führte in seinem Bericht zuhanden der L. ___ vom 19. August 2005 (Urk. 7/7), basierend auf der Untersuchung vom 15. August 2005, zusätzlich zu den bereits im R. ___-Gutachten festgestellten Schulter-, Rücken- und Kniebeschwerden rechts folgende somatischen Diagnosen auf (Urk. 7/7 S. 2):

Knieschmerzen links bei

- Â Â Â Â Â Â Â Â Insertionstendinosen met/lat bei Fehlbelastung im Rahmen der rechten Knieproblematik und lumbalen Problematik

- Â Â Â Â Â Â Â Â DD: Binnenläsion (?)

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä zuzÄtzliches Trauma (5. Juli 2005) bei BremsmanÄ¶ver des Busses; evtl. noch MRI geplant

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Rezidivierendes LSS [= lumbale Spinalstenose] mit pseudoradikulÄ¶rer Ausstrahlung in beide Beine

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach akutem LSS links im Dezember 2001 (Infiltration) und FrÄ¼hling 2002

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Osteochondrose und Diskusprotrusion L4/5 vor allem links (MRI 1996)

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä im MRI vom Oktober 2002 Erschlaffung der Bandscheibe L4/5; keine NW Kompression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter dem Titel "Verlauf und Beurteilung" hielt Dr. J.____ im Wesentlichen fest, seit 2001 sei es zu einer Verschlechterung der bereits vorgÄ¶ngig dokumentieren RÄ¼ckenprobleme, bei zunehmenden degenerativen VerÄ¶nderungen und muskulÄ¶rer Dysbalancen, gekommen. Trotz regelmÄ¶ssiger Physiotherapie habe die Situation des RÄ¼ckens nur vorÄ¼bergehend gelindert werden kÄ¶nnen. Als zuzÄtzliches erschwerendes Moment seien im Verlauf des Jahres 2004 Kniebeschwerden rechts aufgetreten. Das aktuelle Bild zeige einen nun depressiven BeschwerdefÄ¼hrer mit einer diffusen Schmerzsymptomatik, die auf verschiedene in der Diagnoseliste aufgefÄ¼hrte Punkte zurÄ¼ckzufÄ¼hren sei. Dr. J.____ erklÄ¶rte sodann, dass im Einspracheentscheid der IV-Stelle der KomplexitÄ¶t aller genannter Punkte in keiner Weise genÄ¼gend Rechnung getragen worden sei: So sei die Schulterproblematik nur eine Teilursache der ArbeitsunfÄ¶higkeit. Entscheidend sei sicher auch die Tatsache, dass eine anhaltende Schmerzsymptomatik mit BewegungseinschrÄ¶nkung im Knie rechts und nun zunehmend (bei Stockbelastung und einseitiger Belastung wÄ¶hrend Monaten) im Knie links vorliege. DiesbezÄ¼glich sei allenfalls ein MRI durchzufÄ¼hren, um eine klinisch nicht genau auszuschliessende BinnenlÄ¶sion nachzuweisen. Zusammenfassend bestehe unter Summation der Schulter/RÄ¼cken- sowie beidseitiger Knieproblematik keine ArbeitsfÄ¶higkeit (Urk. 7/7 S. 3-4).

4.3.2Ä Ä Dr. J.____ scheint die Angaben des BeschwerdefÄ¼hrers hinsichtlich seiner Schmerzen kritiklos Ä¼bernommen zu haben. Dies schmÄ¶lert die Beweiskraft seines Berichts erheblich, zumal die Angaben des BeschwerdefÄ¼hrers inkonstant sind. Beispielsweise liessen sich bei den Untersuchungen durch die R.____-Gutachter die im Bereich der WirbelsÄ¶ule angegebenen Schmerzen letztlich nicht bestÄ¶tigen, weil bei der Untersuchung des selben KÄ¶rperteils in unterschiedlicher Position gegenteilige Schmerzangaben gemacht wurden (Urk. 12/21 S. 13). Dr. J.____ fand denn auch - wie der orthopÄ¶dische R.____-Teilgutachter - keine wesentlichen objektivierbare Befunde fÄ¼r die geklagten RÄ¼ckenschmerzen. In Bezug auf die festgestellten Kniebeschwerden links waren ebenfalls keine objektivierbaren Befunde (keine Meniskuszeichen, kein Erguss, Patella gut verschieblich; Urk. 7/7 S. 3) feststellbar. Auffallend ist hierbei, dass der BeschwerdefÄ¼hrer zur rund fÄ¼nf Monate frÄ¼her stattgefundenen R.____-Begutachtung im MÄ¶rz 2005 trotz der lÄ¶ngeren Anreise ohne UnterarmgehstÄ¶cke erschienen war (Urk. 12/22 S. 12) und auch keinen Bewegungsschmerz und keine Druckdolenz im linken Knie angegeben hatte (Urk. 12/21 S. 10). Es kann deshalb ausgeschlossen werden, dass sich die Knieschmerzen links seit der R.____-Begutachtung bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 29. Juni 2005, mithin

innert drei Monaten, wegen der Stockbelastung und der einseitigen Belastung in invalidisierender Weise verschlechtert haben. Da das erwähnte zusätzliche Trauma vom 5. Juli 2005 nach Erlass des Einspracheentscheides stattfand, kann es bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes ohnehin nicht berücksichtigt werden, und es bedarf auch keiner diesbezüglichen medizinischen Abklärungen. Abschliessend gilt es noch zu erwähnen, dass die von Dr. J. ___ geübte Kritik am Entscheid der Beschwerdegegnerin schon deshalb nicht überzeugt, weil er sich in keiner Weise mit dem R. ___-Gutachten auseinander gesetzt hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. J. ___ die Beweiskraft des R. ___-Gutachtens in somatischer Hinsicht nicht zu erschüttern vermag.

E. 4.4

4.4.1 Ä Ä Am 21. Dezember 2005 erstattete Prof. F. ___ ein Gutachten im Auftrag von Dr. J. ___ (Urk. 16). Prof. F. ___ fasste die vorhandenen Akten zusammen und untersuchte den Beschwerdeführer am 14. November 2005 (Urk. 16 S. 1 f.). Er berichtete über das derzeitige Beschwerdebild (Urk. 16 S. 2 f.) und die von ihm erhobenen Befunde, welche fast ausnahmslos auf schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeiten und Schmerzempfindungen, insbesondere auf Druck oder Berührung, lauteten (Urk. 16 S. 3-6), mit Ausnahme eines Pseudoläsions rechts und links (Urk. 16 S. 5 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. F. ___ stellte im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (Urk. 16 S. 7-8):

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betont bewegungsabhängig-schmerzhafte Myotendinosen samt myofascialen Triggerpunkten des Schultergürtels sowohl dorsal als auch ventral bds., nur zum Teil rechts > links, samt Ausstrahlungen einerseits bis in die Finger III und IV und ins Occiput bds.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schwere und schwer schmerzhafte Segmentbewegungsstörung des cervikothorakalen Übergangs, symptomatisch rechtsbetont
3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Periarthropathia genu bds., rechts > links
4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fehlförmigkeit der Wirbelsäule im Sinne eines mässig betonten, eher kurzen Hohlkreuzes innerhalb der mittleren und oberen LWS sowie eines deutlich betonten Rundrückens der oberen BWS
5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Leichtgradige Handgelenkskontraktur nach dorsal rechts
6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Urogenitalprobleme (anamnestische Befunde)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. F. ___ hielt unter dem Titel "Beurteilung" zusammengefasst fest, dass sich als Hintergrund und im Wesentlichen die derzeitige Schmerzzustände verursachend und möglicherweise induziert durch die Parotitis epidemica [= Mumps] 1994 eine Weichteilschmerzhaftigkeit und -überempfindlichkeit entwickelt habe, die heute die zusätzlich vorhandenen und wohl erst später entstandenen arthrogenen und vertebrogenen Dysfunktions-Zustände negativ beeinflusse und deren Schmerzhaftigkeit wesentlich mitbedinge. An dieser Weichteilproblematik seien sowohl die muskulären als auch die ligamentären (Sehnen, Bänder, Ansatzendinosen, Gelenkskapseln) Strukturen beteiligt, wobei die betroffenen Muskeln zusätzlich Triggerpunkte (Schmerzausstrahlungen) enthalten würden und wesentlich verkräftet seien (Urk. 16 S. 11). Sodann äusserte sich Prof. F. ___ zur psychologisch-psychiatrischen Ebene und stellte

fest, dass der Beschwerdeführer in der Kommunikation mit seiner Ehefrau eher unauffällig sei; depressive Züge würden nur am Rande imponieren, und die emotionale Schwingungsfähigkeit sei durchaus erhalten geblieben. Der Beschwerdeführer vermöge Spässe zu machen und zu ertragen. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit sei auf Grund der innerhalb des Bewegungsapparates an mehreren Stellen vorhandenen schmerzhaften Dysfunktionsprobleme evident. Dies ergebe sich nur schon, wenn man sich mit dem Beschwerdeführer unterhalte. Die Schmerzhaftigkeit des Kreuzes sowie insbesondere des rechten Beines verlange auch nach zahlreichen Monaten seit der letzten arthroskopischen Sanierung des rechten Kniegelenkes des parallelen Einsatzes der beiden Unterarmgehstützen. Aber auch das Sitzen sei nach kurzer Zeit von einer störenden Unruhe geprägt, indem der Beschwerdeführer versuchen müsse, sich durch einen Wechsel der Stellung beziehungsweise der Haltung eine Erleichterung zu verschaffen (Urk. 16 S. 12).

4.4.2.2. Prof. F. stützte sich bei seiner Befunderhebung einzig auf die durchgeführte klinische Untersuchung und die Angaben des Beschwerdeführers. Eine Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere mit dem R.-Gutachten, fand nicht statt, was der Überzeugungskraft seiner sich von diesem unterscheidenden Schlussfolgerungen abträglich ist. Im Weiteren nahm Prof. F. keine Stellung zu den Befunden, bei welchen sich eine gewisse Widersprüchlichkeit im Schmerzverhalten des Beschwerdeführers manifestierte, wie beispielsweise dem positiven Pseudolasäure beidseits (Urk. 16 S. 5). Laut den von Prof. F. angegebenen Befunden erwiesen sich praktisch alle vorgenommenen Untersuchungen als schmerzhaft (vgl. Urk. 16 S. 3-6). Eine derartige Häufung von Schmerzhaftigkeit ist auffallend. Dass ein solches Phänomen vom Gutachter trotz der erwähnten Inkonsistenz betreffend Lasäure nicht kritisch gewürdigt wurde, weckt Zweifel an seiner Objektivität. Die von ihm geäußerte Möglichkeit, dass eine Mumpserkrankung (1994) ursächlich für die Schmerzzustände sein könnte (vgl. Urk. 16 S. 10), wird weder begründet noch mit Hinweisen auf die Fachliteratur belegt, weshalb sie nicht nachvollziehbar ist. Die von Prof. F. postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit beruht sodann einseitig auf den subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers, weshalb auch sie nicht zu überzeugen vermag.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Darlegungen von Prof. F. die Beweiskraft des R.-Gutachtens in somatischer Hinsicht nicht zu erschüttern vermögen.

4.5.1.1.

Der Psychiater Dr. H. führte in seinem Bericht vom 15. Juni 2005 (Urk. 12/27 S. 1-2) im Wesentlichen aus, dass der Beschwerdeführer vom 8. bis 12. Mai 2004 in der Medizinischen Klinik des Q., hospitalisiert gewesen sei. Dort habe man unter anderem eine schwere depressive Episode mit Verdacht auf suizidale Handlungen festgestellt. Die zugezogene Konsiliarpsychiaterin, Dr. med. N., O., habe eine Behandlung mit Antidepressiva eingeleitet und den Beschwerdeführer ihm zugewiesen. Im Verlauf der über einjährigen Behandlung bei ihm habe die Intensität der depressiven Symptomatik abgenommen. Hingegen würden weiterhin die Ängste und die somatischen Beschwerden, insbesondere die permanenten Schmerzen wechselnder Intensität, persistieren. Eine Beschäftigung sei grundsätzlich nicht nur sinnvoll, vielmehr würde sie den therapeutischen Prozess günstig beeinflussen können. Aus

psychiatrischer Sicht könne man eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % - und theoretisch sogar mehr - postulieren.

4.5.2 Zunächst ist der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 3 f.) zuzustimmen, dass die Ausführungen von Dr. H. ___ in Bezug auf die Vorgeschichte und den Behandlungsverlauf mit denjenigen im psychiatrischen R. ___-Teilgutachten (vgl. Urk. 12/21 S. 15-18) übereinstimmen. Auch die darin enthaltene Zumutbarkeitsbeurteilung wird von Dr. H. ___ nicht grundlegend in Frage gestellt, ist für ihn doch auch eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 40 bis 50 % denkbar. Die von Dr. H. ___ aufgeführten Befunde (Störung der Konzentration, der Aufnahme- und Merkfähigkeit), umschreiben denn auch kein ausgeprägtes psychisches Leiden. Insofern ist die in Betracht gezogene psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Davon abgesehen sind praxisgemäß leichte psychische Störungen allein grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 8. Mai 2007 in Sachen M., I 905/06, Erwägung 3.2, mit Hinweisen). Dr. H. ___ liefert denn auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer nicht über die psychischen Ressourcen verfüge, welche es ihm erlauben würden, mit seinem Leiden umzugehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist der Bericht daher nicht geeignet, um am psychiatrischen R. ___-Teilgutachten Zweifel aufkommen zu lassen.

E. 4.6

4.6.1 Ä Ä Der Beschwerdeführer ist seit dem 1. September 2005 bei Dr. G. ___ in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Urk. 19 S. 1 oben). Im Bericht zuhanden von Dr. J. ___ vom 13. April 2006 hielt der Psychiater nach der Wiedergabe der Anamnese und der aktuellen Beschwerden (Urk. 19 S. 1-4) im Wesentlichen fest, dass der Beschwerdeführer an einer erheblichen Depression mit Symptomen einer mittelschweren depressiven Störung beziehungsweise einer major depression leide. Depressive Phasen seien bereits früher im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen aufgetreten, wobei diese jedoch leichteren Grades als aktuell gewesen seien und die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt hätten. Die aktuelle depressive Episode habe auch einen reaktiven Charakter als Ausdruck des Schmerzsyndroms, verbunden mit verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit sowie psychosozialen Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit der Erkrankung (Verlust der Arbeitstätigkeit, Verlust von sozialen Interaktionen, Verlust von Freizeitaktivitäten, unsichere Zukunftsaussichten etc.). Das depressive Syndrom habe wiederum einen negativen Einfluss auf die Schmerzverarbeitung und auf eine rationale Therapie. Im Rahmen der Depression bestehe eine erhebliche Tendenz zur Somatisierung. Darüber hinaus bestehe krankheitsbedingt beziehungsweise sekundär und eventuell auch im Rahmen von Medikamentennebenwirkungen eine psychovegetative Labilität (Urk. 19 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. G. ___ führte weiter aus, dass er den Befunden im Gutachten von Prof. F. ___, welcher beim Beschwerdeführer keine eigentliche major depression habe eruieren könne, widerspreche. Wahrscheinlich liege dies daran, dass er den Beschwerdeführer regelmäßig sehe und die Diagnose aufgrund einer längeren

Angaben der Firma B.____ vom 13. März 2002 (Urk. 12/69) ausgewiesen ist.

5.4. Da der Beschwerdeführer seit Eintritt des Gesundheitsschadens keine Arbeit mehr ausübt, ist für die Bemessung des Invalideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) 2000 zurückzugreifen (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb mit Hinweisen). Nachdem dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position und ohne Überkopfbewegung zumutbar sind, mithin ihm noch ein breites Feld von Beschäftigungsmöglichkeiten offen steht, ist von der LSE-Tabelle TA1 und dabei vom Durchschnittslohn für Männer im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im Jahre 2000, mithin von Fr. 4'437.--, auszugehen (LSE 2000, S. 31 Tabelle TA1). Dieser Betrag ist der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2001 (Die Volkswirtschaft 11/2007, Tabelle B9.2 S. 98) und der Nominallohnentwicklung vom Jahr 2000 auf das Jahr 2001 anzupassen (Die Volkswirtschaft 11/2007, Tabelle B10.3 S. 99). Daraus ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 56'882.60 ($= [12 \times \text{Fr. } 4'437.--] / 40 \times 41,7 / 1856 \times 1902$).

Vom Tabellenlohn kann unter bestimmten, von der Rechtsprechung umschriebenen Voraussetzungen ein Abzug vorgenommen werden, wobei dieser für sämtliche in Betracht fallenden Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) gesamthaft zu schätzen ist und unter Einfluss sämtlicher Merkmale auf höchstens 25 % zu beschränken ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3. mit Hinweisen). Aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen ist der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der statistische Durchschnittslohn zugleich auf dem Einbezug körperlicher Schwerarbeit, welche in der Regel höher entlohnt wird als körperlich leichtere Arbeit, beruht (Jürg Scheidegger, Rechtliche Rahmenbedingungen für die Verwendung von Tabellenlöhnen, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 133). Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters und der Nationalität, ebensowenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung, besteht doch beim im Jahr 2001 erst 52-jährigen Beschwerdeführer für eine behinderungsangepasste Tätigkeit grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit und verfügt er über eine Niederlassungsbewilligung C (Urk. 12/83-84). Insgesamt erscheint unter den gegebenen Umständen eine Herabsetzung des Tabellenlohns um 15 % angemessen, was ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 48'350.20 ergibt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 75'075.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'350.20 resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 36 %. Bei keinem dieser Vergleichseinkommen hat sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides eine erhebliche Veränderung ergeben, so dass sich ein weiterer Einkommensvergleich erübrigt. Damit erweist sich der Einspracheentscheid vom 29. Juni 2005 im Ergebnis als korrekt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Regula Schwaller
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung
- P. _____
- SUVA Agentur Regensdorf

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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