

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00896 vom 21. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00896

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00896 du 21 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00896 del 21 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; in Kraft seit 1. Januar 2003) sind auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26 bis und 28-70) anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

E. 2

/

E. 3

3.1 Mit Verfügung vom 20. September 2000 wurde ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers rechtskräftig verneint. Die Beschwerdegegnerin gelangte damals in medizinischer Hinsicht zum Ergebnis, der Beschwerdeführer sei seit einiger Zeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wobei diese Einschränkung höchstens 20 % betrage (Urk. 7/19/1).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf das von Dr. med. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete psychiatrische Gutachten vom 20. Mai 2000 (Urk. 7/13/1-5) und die Berichte von Dr. med. E., Oberarzt, und Dr. med. F., Assistenzarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital G. (G.), vom 22. April 1999 (Urk. 7/7/1-5) sowie von Dr. med. H., Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 12. Juli 1999 (Urk. 7/8/1-5).

Dr. med. E. und Dr. F. nannten folgende Diagnosen, die im Wesentlichen mit denjenigen von Dr. H. übereinstimmen (Urk. 7/7/4 Ziff. 3, Urk. 7/8/3):

- Thorakolumbovertebralsyndrom bei/mit
- Wirbelsäulenfehlform mit tiefsitzender Brustwirbelsäule (BWS)-Kyphose und Flachrücken lumbal
- lumbosakraler Übergangsstörung mit Lumbalisation von S1
- deutlicher muskulärer Insuffizienz
- Generalisierte nadelstichartige Weichteilbeschwerden
- anamnestisch nach Amalgam-Vergiftung
- deutliche Tendenz zu Symptomausweitung
- Diabetes mellitus Typ I, insulinpflichtig seit 1987
- Hepatitis C

Aufgrund der rheumatologischen Befunde attestierten sie dem Beschwerdeführer eine körperlich schwere Arbeit mit repetitiver Hebelbelastung schwerer Lasten, Arbeit in Zwangspositionen und repetitiven Stereotypen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, erachteten ihn hingegen in einer mittelschwer belastenden Tätigkeit mit Hebelbelastungen bis 15 kg ab Mai 1999 als zu 50 % und ab 1. August 1999 als zu 100 % arbeitsfähig. Einzig in einer körperlich leichten Arbeit sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab sofort zumutbar (Urk. 7/7/3 Ziff. 1.1). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. H. stimmt insofern mit derjenigen durch Dr. E. und Dr. F. überein, als er eine behinderungsangepasste Tätigkeit ebenfalls ab sofort ganztags als zumutbar erachtete. In der bisherigen Berufstätigkeit als angelernter Industriespengler sei der Beschwerdeführer lediglich noch im Umfang von zwei bis drei Stunden pro Tag arbeitsfähig (Urk. 7/8/5 lit. e).

Dr. D. diagnostizierte eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) auf somatische Krankheitsfaktoren und attestierte dem Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von zirka 20 %. Eine die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende Grundmorbidität konnte Dr. D. jedoch nicht feststellen (Urk. 7/13/5).

3.3 Auf diese verbindlichen Feststellungen der Beschwerdegegnerin zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleichszeitpunkt vom 20. September 2000 ist vorliegend abzustellen. Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 20. September 2000 in somatischer Hinsicht an gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, einer Diabetes mellitus Typ I sowie Hepatitis C und in psychischer Hinsicht unter einer Anpassungsstörung litt, ohne dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinträchtigt gewesen zu sein. Dem Beschwerdeführer war daher die Ausübung einer körperlich leichten, behinderungsangepassten Tätigkeit im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten.

E. 4

4.1 Dr. med. I., Innere Medizin/Rheumatologie FMH, untersuchte den Beschwerdeführer am 10. und 13. Juni 2005 und nannte in seinem Bericht vom 14. Juni 2005 (Urk. 7/34/11-12) zuhanden von Dr. H. folgende Diagnosen (Urk. 7/34/11):

- Polyarthralgien unklarer Genese

- Am stärksten Befall der rechten Hüft-Region
- Deutliche Weichteilmitbeteiligung
- Depressive Verstimmung
- Schwierige psychosoziale Situation
- Chronische Hepatitis C
- Diabetes mellitus Typ I

Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an Gelenksschmerzen mit periartikulärer Komponente, ohne dass klinisch und labormässig eine entzündliche Aktivität nachgewiesen werden können. Im Vordergrund ständen die beinahe invalidisierenden Hüftschmerzen auf der rechten Seite, welche sich bei einer weitgehend normalen Beweglichkeit allseits endständig manifestierten. Beckenkamm, Gesässmuskulatur und Leiste seien auf der rechten Seite ebenfalls sehr druckempfindlich, was auf eine Weichteilkomponente schliessen lasse (Urk. 7/34/12).

Dr. I. ___ empfahl die Durchführung einer Magnetresonanztomographie (MRI)-Untersuchung, um eine allfällige Pathologie sowohl der Knochen/Gelenk-Strukturen wie auch der Leistenregion nachweisen zu können (Urk. 7/34/12).

Dr. H. ___, der den Beschwerdeführer als Hausarzt seit April 1996 behandelte (Urk. 7/8/3 Ziff. 1.2), führte in seinem Schreiben vom 2. Oktober 2005 (Urk. 7/34/10) aus, die Situation des Beschwerdeführers habe sich seit 1999 verschlechtert. So sei die Depression schwerer geworden, weshalb sich der Beschwerdeführer in eine regelmässige psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Ausserdem sei der Beschwerdeführer wohl aufgrund der psychiatrischen Stellung nicht mehr in der Lage, seinen Blutzucker (BZ) genügend stabil kontrollieren zu können, was zu einem Anstieg des HbA1C-Wertes auf meist über 8 geführt habe. Neu seien verstärkte Schmerzen am Bewegungsapparat aufgetreten, welche einer genaueren Abklärung der rechten Hüfte bedürften, bevor ein Therapiekonzept erarbeitet werde. Schliesslich sei der Beschwerdeführer durch den auffälligen Rückzug sozial ebenfalls schlechter integriert, wobei erneute verstärkte Kontakte die Bewältigung der Krankheiten wohl erleichtern könnten.

Am 7. Oktober 2005 führte Dr. med. J. ___, Klinik K. ___, ein MRI des Beckens sowie der Hüfte beidseits durch und hielt im Schreiben vom 8. Oktober 2005 (Urk. 7/34/13) zuhanden von Dr. H. ___ fest, es zeigten sich eine diskrete Verschmälerung des Gelenkknorpels, osteophytäre Randausziehungen und ein etwas vermehrter Gelenkserguss rechts, vereinbar mit einer beginnenden Koxarthrose. Entzündliche oder posttraumatische Veränderungen seien jedoch keine nachweisbar.

In seinem Bericht vom 23. Dezember 2005 (Urk. 7/34/1-9) diagnostizierte Dr. H. ___ ein depressives Syndrom mit somatischen Symptomen, Polyarthralgien mit unklarer Genese, insbesondere rechte Hüftregion, mit starker Weichteilmitbeteiligung sowie eine Diabetes mellitus Typ I. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Hepatitis C und hielt fest, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtere (Urk. 7/34/8 lit. A, lit. C).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusätzlich zu seinem Schreiben vom 2. Oktober 2005 hielt Dr. H. ___ fest, der Beschwerdeführer habe eine grosse Zurückhaltung beim Konsum von Medikamenten, dafür finde eine gewisse Selbstbehandlung durch die Einnahme von Haschisch statt (Urk. 7/34/9 lit. D).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sollte keine Lasten von mehr als 25 kg heben und tragen und keine langen Strecken oder auf unebenem Gelände gehen. Ebenso wenig sollte er vorgeneigt stehen oder knien. Ausserdem bestehe eine Einschränkung für Arbeiten in Nässe, Kälte und Hitze (Urk. 7/34/3). Während das Konzentrations- und Auffassungsvermögen nicht eingeschränkt sei, schreibe die Depression den Beschwerdeführer in seiner Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit ein (Urk. 7/34/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Derzeit sei der Beschwerdeführer für mindestens ein Jahr in einem körperlich belastenden Beruf zu 100 % arbeitsunfähig, wobei die Dauer der Arbeitsunfähigkeit schwierig einzuschätzen sei. Denn der Beschwerdeführer habe zeitweise von Drittmitteln gelebt und daher keine medizinische Behandlung beziehungsweise eine Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit verlangt (Urk. 7/34/8 lit. B). Da der Beschwerdeführer seit rund 10 Jahren nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt aufgetreten sei und keine Ausbildung habe, sei die Prognose betreffend die Arbeitsfähigkeit schlecht (Urk. 7/34/9 lit. D).

4.5 Ä Ä Ä Ä Dr. C. ___ behandelte den Beschwerdeführer seit 7. Dezember 2004 und diagnostizierte in seinem Bericht vom 31. März 2006 (Urk. 7/43/1-9) eine seit zirka 10 Jahren bestehende Somatisierungsstörung (F45.0), eine (reaktive) längerdauernde leichte bis mittelgradige depressive Episode (F33.1), eine Persönlichkeit mit histrionischen und narzisstischen Zügen (F60.8) sowie eine seit zirka 20 Jahren bestehende Cannabisabhängigkeit (F12.25; Urk. 7/43/3 lit. A). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 7/43/4 lit. C).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Konzentrationsvermögen sei leicht und die Anpassungsfähigkeit sowie Belastbarkeit mittel bis stark eingeschränkt. Weder die bisherige noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zumutbar (Urk. 7/43/9).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä In somatischer Hinsicht steht aufgrund der medizinischen Akten fest (Urk. 7/7/4, Urk. 7/8/3, Urk. 7/34/8 lit. A, Urk. 7/34/11), dass der Beschwerdeführer seit 1996 an Polyarthralgien unklarer Genese mit starker Weichteilmitbeteiligung, insbesondere in der rechten Hüftregion, und seit 1987 an einer Diabetes mellitus Typ I leidet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Blick auf die Frage nach einer Verschlechterung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich der Lendenwirbelsäule ist zunächst festzuhalten, dass den Akten keine Hinweise für die gemäss Schreiben vom 2. Oktober 2005 von Dr. H. ___ (Urk. 7/34/10) verstärkter aufgetretenen Schmerzen am Bewegungsapparat zu entnehmen sind. Insbesondere wies das MRI des Beckens und der Hüften vom 7. Oktober 2005 (Urk. 7/34/13) weder auf entzündliche noch posttraumatische ossäre Veränderungen hin. Vielmehr schloss Dr. J. ___ gestützt auf die bildgebenden Befunde auf eine beginnende Koxarthrose. Die von Dr. H. ___ erhobenen Befunde vom 28. Oktober 2005 (Urk. 7/34/9 lit. D) sind überdies nicht geeignet, die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes (Urk. 1 S. 3) zu belegen, verweist er doch lediglich auf den Bericht

von Dr. I.____ vom 14. Juni 2005 (Urk. 7/34/11-12) sowie dessen MRI vom 7. Oktober 2005. Daran vermag auch die Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. H.____ nichts zu ändern, zumal unklar ist, ob bei dieser Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit die psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigt wurden und ob sie sich auf eine Verweisungstätigkeit oder die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers bezieht. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Dr. H.____ die vertrauensärztliche Stellung eines Hausarztes zukommt, ist seine Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zurückhaltend zu gewichten (vgl. vorstehend Erw. 1.11).

         Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer unter anderem an Beeinträchtigungen im Bereich der Lendenwirbelsäule leidet, die ihn bei der Ausübung einer körperlich belastenden Tätigkeit hinderten, sich aber Dr. H.____ über eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht umfassend äusserte, kann die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht gesamtheitlich beurteilt werden. Eine gesamtheitliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist jedoch erforderlich, wenn somatische und psychische Beeinträchtigungen vorliegen.

5.2     Beim Beschwerdeführer liegt laut Bericht von Dr. C.____ vom 31. März 2006 (Urk. 7/43/1-9) aus psychiatrischer Sicht eine seit zirka zehn Jahren bestehende Somatisierungsstörung (F45.0), eine (reaktive) längerdauernde leichte bis mittelgradige depressive Episode (F33.1), eine Persönlichkeit mit histrionischen und narzisstischen Zügen (F60.8) sowie eine seit zirka 20 Jahren bestehende Cannabisabhängigkeit (F12.25) vor. Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

         Gestützt auf die medizinische Aktenlage bleibt jedoch unklar, inwiefern eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands tatsächlich eingetreten ist, zumal die von Dr. D.____ im Rahmen des Gutachtens vom 20. Mai 2000 (Urk. 7/13/1-5) und von Dr. C.____ am 31. März 2006, mithin sechs Jahre später, genannten divergierenden Diagnosen auf Befunden basieren, die im Wesentlichen übereinstimmen und seit dem Gutachten vom 20. Mai 2000 keine erhebliche Änderung erfuhren. So stellten Dr. D.____ und Dr. C.____ insbesondere ein waches und klares Bewusstsein sowie eine allseitige Orientierung des Beschwerdeführers fest, ohne Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Zwänge oder pathologische Ängste. Das formale Denken bezeichneten sie, mit Ausnahme der inhaltlichen Einengung auf das Krankheitsgeschehen und eines starken Mitteilungsbed rfnisses, als unauffällig und geordnet. Einzig fällt auf, dass Dr. C.____ in Abweichung zu Dr. D.____, der zwar Hinweise auf eine leicht verringerte Vitalität und einen Motivationsverlust fand, aber keine depressive Ausstrahlung erwähnte, bei einem guten affektiven Rapport von einer hintergründig spürbaren depressiven Stimmung sprach (Urk. 7/13/4, Urk. 7/43/4 lit. D).

         Vor diesem Hintergrund erscheint die laut Dr. C.____ 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit weder nachvollziehbar noch schlüssig begründet, erachtete doch Dr. D.____ den Beschwerdeführer im Mai 2000 aus rein psychiatrischer Sicht noch als zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 7/13/5). Unter Berücksichtigung, dass behandelnde Ärzte eher geneigt sind, eine dem Patienten eher entgegenkommende Beurteilung abzugeben, ist die

Stellungnahme von Dr. C. ___ nicht überzeugend.

Mangels Schlüssigkeit drängt sich daher eine ergänzende Abklärung auf.

5.3 Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, deren erwerbliche Auswirkungen sich in der Regel überschneiden, ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer sämtlichen Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 11. November 2002, I 368/01, mit Hinweisen).

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

Der entscheidungsrelevante Sachverhalt bezüglich der massgebenden Fragen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ablehnenden Verfügung vom 20. September 2000 in rentenerheblichem Masse verschlechtert hat und wie sich nicht nur die psychiatrischen, sondern auch die somatischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter als auch in einer Verweisungstätigkeit auswirken, lässt sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht beurteilen.

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese Ausmass und Auswirkungen sowohl der psychischen als auch der somatischen Beschwerden und die gesamte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter und in einer Verweisungstätigkeit medizinisch abkläre, insbesondere auch unter Berücksichtigung der aktenkundigen Suchtproblematik. Anhand der ärztlichen Feststellungen wird die Beschwerdegegnerin in Beurteilung der Frage, ob der Beschwerdeführer bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht infolge psychischer Beschwerden in einer seinen somatischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit eine anspruchsbegründende Erwerbseinbusse erleidet oder nicht, über den Rentenanspruch neu zu entscheiden haben.

6. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr.

1'000.-- festgelegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 500.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. September 2006 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähge.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Stadt Zürich, Support Sozialdepartement Recht
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 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.