

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00102 vom 24. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00102 du 24 mars 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00102 del 24 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 20. Dezember 2006 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

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 2007 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente.

1.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu

beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

1.5.1.1 Das Sozialversicherungsgericht hat 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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 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.).

E. 2

2.1.1.1

2.1.1.1.1 Der für die Beurteilung der Frage, ob eine relevante Änderung eingetreten ist, massgebende Einspracheentscheid vom 29. April 2005 (Urk. 21/82) stützte sich auf die Berichte von Dr. G. ___ vom 12. Juli und 15. September 2004 (Urk. 21/69, Urk. 21/68) sowie vom 7. Februar 2005 (Urk. 21/76), den Bericht von Dr. med. B. ___, Facharzt FMH für Anästhesiologie, vom 2. Juli 2004 (Urk. 21/69 S. 2) und den Bericht von Dr. C. ___ vom 16. Januar 2005 (Urk. 21/72).

psychogenen Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefäßhhlen (ICD-10 F51.0, F43.23; Urk. 21/72 S. 1, Urk. 21/74). Der Versicherte klagte über gestörten Schlaf, Schmerzen, Unsicherheit, Mühe sich zu konzentrieren und Gereiztheit (Urk. 21/72 S. 2). Zu den Befunden führte Dr. C. ___ aus, beim Versicherten zeigten sich keine Hinweise auf Auffassungs-, Merkfähigkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen. Hingegen seien Sorgen, innere Anspannung, Insomnie, Anhedonie, Libidoverlust, Angst sowie verschiedene somatische Beschwerden feststellbar (Urk. 21/72 S. 2). Als therapeutische Massnahmen empfahl er Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Versicherten und Psychopharmaka (Urk. 21/72 S. 2).

E. 2.2

2.2.1.1. Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 20. Dezember 2006 (Urk. 2) bildete der Bericht von Dr. G. ___ vom 20. Juni 2006 (Urk. 21/97). Darin wiederholte Dr. G. ___ die bereits in früheren Berichten gestellten Diagnosen und führte aus, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 21/97 S. 3). Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Keine der versuchten Therapien habe eine Linderung der Beinschmerzen sowie der Schwäche bewirken können. Im Verlauf der Jahre 2003 bis 2005 habe sich nicht viel verändert. Dem Beschwerdeführer sei eine mehr als 20-30 Meter lange Gehstrecke nicht möglich, dasselbe gelte für längeres Sitzen oder Stehen (Urk. 21/97 S. 4). In der Befunderhebung hielt Dr. G. ___ fest, im Vergleich zu ihren letzten Berichten von 2003 und 2005 sei der Zustand der Wirbelsäule unverändert, hingegen habe die periphere Polyneuropathie zugenommen, der Vibrationssinn, der nun an beiden Unterschenkeln nur noch 1/6 betrage, habe sich weiter vermindert. Während die ASR-Reflexe früher noch schwach auslösbar gewesen seien, seien sie es nun überhaupt nicht mehr. Eine degenerative muskuläre hypotrophische Veränderung sei vorwiegend beidseits am Quadrizeps nachweisbar. Die Ursache für die Zunahme der peripheren trophischen Hautveränderungen sei eine mikroangiopathische Veränderung. Als therapeutische Massnahmen empfahl Dr. G. ___ eine intensive medikamentöse Therapie, eine optimale Einstellung des Blutzuckers durch eine Insulintherapie, eine Physiotherapie, Neuroleptika und Antidepressiva. Des Weiteren empfahl sie die Kontrolle der Nierenfunktion und des Augenstatus sowie die Optimierung der Blutdruckwerte (Urk. 21/97 S. 4).

2.2.2.1. Im vom Beschwerdeführer nachgereichten F. ___ -Bericht vom 15. Januar 2007 (Urk. 8) diagnostizierten Dr. med. E. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. med. pract. J. ___, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gestützt auf die vom 13. November 2006 bis zum 15. Januar 2007 durchgeführte tagesklinische Behandlung eine schwere depressive Episode (ICD-10, F32.1), Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Status nach colitis ulcerosa, schwere sensomotorische diabetische Polyneuropathie, Mikroangiopathie, diabetische Retinopathie und eine Meniskusläsion am rechten Knie (Urk. 8 S. 1). Der Beschwerdeführer leide seit 1996 an Diabetes. Folgeerscheinungen seien Schmerzen und Kraftlosigkeit in den Beinen, Knieschmerzen, Nachtkrämpfe, Brennen und Schmerzen in den Augen. Bei längeren Gehstrecken oder längerem Stehen bekomme der Beschwerdeführer Rückenschmerzen. Darüber hinaus leide er an Lust- und Interesslosigkeit, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Müdigkeit und Schlafstörungen. Abgesehen von der arteriellen Hypertonie habe er keine somatischen Beschwerden (Urk. 8 S. 1). Seine Ressourcen seien das Mitmachen im

Kirchenchor und das Basteln zu Hause. Suizidideen seien anamnestisch vorhanden, jedoch bestehe keine akute Suizidalität (Urk. 8 S. 2). Der Tagesablauf des Beschwerdeführers sehe wie folgt aus: Er bringe seine Ehefrau ca. um 5.00 Uhr zur Arbeit, spaziere danach ca. zwei Stunden, wobei er alle 10-15 Minuten absitzen müsse. Das Mittagessen nehme er gemeinsam mit seinem Sohn ein, nachmittags mache er Einkäufe und erledige das Staubsaugen. Schliesslich hole er seine Ehefrau mit dem Auto von der Arbeit ab. Zwei bis drei mal wöchentlich trinke er Kaffee und schaue Fernsehen, allerdings müsse er zwischendurch immer wieder abliegen (Urk. 8 S. 2).

Im psychischen Befund hielten die Ärzte des F. ___ fest, der Beschwerdeführer sei äusserlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Während die Stimmung zu Gesprächsbeginn depressiv-resigniert gewesen sei, sei der Beschwerdeführer im Verlauf des Gesprächs verbal mitteilungsaktiv geworden. Kognitiv sei er in Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassungsgabe unauffällig. Sein Denken sei formal beweglich, inhaltlich jedoch problemzentriert. Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen seien keine vorhanden (Urk. 8 S. 3). Der Beschwerdeführer leide psychometrisch bestärkt unter einer schweren Depression. Das Misstrauen gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen sei deutlich zu hoch. Neuropsychologisch sei er rasch überfordert, die komplexe Denkfähigkeit sei eingeschränkt (Urk. 8 S. 3). Im Laufe der Therapie habe der Beschwerdeführer seine soziophobischen Tendenzen reduzieren können, er habe ein weniger grosses Schon- und Vermeidungsverhalten gezeigt, obwohl die Schmerzen nicht schwächer geworden seien. Durch therapeutische und medikamentöse Unterstützung sei es gelungen, die Depression zu reduzieren (Urk. 8 S. 4). Der Beschwerdeführer helfe etwas im Haushalt, könne sich aber nur für etwa 60 Minuten konzentrieren und müsse sich danach wieder ausruhen (Urk. 8 S. 4). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte des F. ___ aus, er brauche eine stresslose, wechselnde Tätigkeit zwischen Stehen und Liegen. Der Beschwerdeführer sei für jegliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Man empfehle eine Einzelpsychotherapie und medikamentöse Überwachung (Urk. 8 S. 5).

2.2.3 Mit Bericht vom 20. Februar 2007 (Urk. 13) diagnostizierte Dr. I. ___ Missempfindungen und krampfartige Schmerzen der Beine bei progredienter sensomotorischer, Diabetes assoziierter Polyneuropathie der Beine, ein Restless-Legs-Syndrom und PLMS (periodische Beinbewegungen im Schlaf). Der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen und Missempfindungen in den Unterschenkeln und Füssen, die in den letzten Jahren zugenommen hätten. Vielfältige Therapien hätten keine wesentliche Besserung gebracht. Im Befund hielt sie fest, Ursache für die Beinschmerzen und Missempfindungen sei einerseits die Polyneuropathie bei Diabetes mellitus, welche sich im Vergleich zur letzten Untersuchung vom Januar 2007 verschlechtert habe, andererseits ein Restless-Legs-Syndrom. Infolge der Polyneuropathie bestehe neben den subjektiven Beschwerden eine Steh- und Gehunsicherheit, welche im Vergleich zur Voruntersuchung von 2006 ebenfalls eine Zunahme zeige. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. I. ___ fest, aufgrund der Polyneuropathie und der daraus resultierenden Einschränkungen sei die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten, welche beispielsweise mit Arbeiten auf Gerüsten, Leitern oder an fusspedalversehenen Maschinen einhergingen, aus neurologischer Sicht nicht gegeben.

2.2.4.4. Dr. D. ___ zählte in ihrem Bericht vom 12. März 2007 (Urk. 17) die bereits bekannten Diagnosen auf. Zur Arbeitsfähigkeit hielt sie fest, dass seit 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtere und medizinische Massnahmen nicht zur Verbesserung beitragen, werde die Arbeitsfähigkeit nicht gesteigert werden können. Belastend seien für den Beschwerdeführer die Missempfindungen der Beine und Füsse. Er könne kaum zehn Minuten auf den Beinen stehen, ohne dass diese zu zittern anfangen. Auch langsames Gehen sei maximal für 20 Minuten möglich, danach trete Schwindel und Zittern auf. Das Sitzen sei für 15-30 Minuten und das Autofahren für 10-20 Minuten möglich. Aufgrund von Konzentrationsstörungen könne er nicht mehr als 20 Minuten lesen. Die Schlafqualität sei ebenfalls schlecht, da er dabei an einem Erfrierungsgefühl leide. Auch wenn die Hände weniger betroffen seien, bestehe auch hier ein Kältegefühl und Schmerzen vorwiegend im Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand.

E. 3

3.1. Aufgrund der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 4. November 2006 (Urk. 21/99; nachfolgend: RAD) wies die Beschwerdegegnerin das Revisionsgesuch vom 11. Mai 2006 mit Verfügung vom 20. Dezember 2006 ab. Der RAD hielt fest, im Bericht vom 20. Juni 2006 (Urk. 21/97) mache Dr. G. ___ geltend, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Jedoch werde nicht spezifiziert, was sich verschlechtert habe und welche objektiven Befunde diese behauptete funktionelle Verschlechterung belegen würden. Medizinisch sei nicht von einer funktionell relevanten Befundveränderung auszugehen.

Es ist der IV-Stelle zuzustimmen, dass in somatischer Hinsicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. In den alten Berichten vom 12. Juli und 15. September 2004 (Urk. 21/69, Urk. 21/68) sowie vom 7. Februar 2005 (Urk. 21/76) und im neuen Bericht vom 20. Juni 2006 (Urk. 21/97) hielt Dr. G. ___ deckungsgleich fest, dass die Polyneuropathie progredierend sei und bisher keine der ausprobierten Therapien die Beinschmerzen habe lindern können. Folglich sei der Beschwerdeführer seit Anfang 2003 zu 100 % arbeitsunfähig. Sie führte in den Berichten vom 12. Juli und 15. September 2004 sowie vom 7. Februar 2005 aus, eine Gehstrecke von mehr als 20 Metern sei für den Beschwerdeführer nicht möglich und längeres Sitzen oder Stehen verursache ihm grosse Schmerzen. Dies wiederholte sie im Bericht vom 20. Juni 2006. Auch die Aussage, dass die Polyneuropathie zugenommen und der Vibrationssinn auf 1/6 abgenommen habe, ist sowohl in den alten als auch im neuen Bericht zu finden, sodass von einer zwischenzeitlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes kaum die Rede sein kann. Dasselbe trifft auf die Feststellung zu, dass die ASR-Reflexe bisher schwach und nun gar nicht mehr auslösbar seien. Den im Wesentlichen übereinstimmenden Berichten ist nicht zu entnehmen, durch welche objektiven Befunde sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachweisen liesse.

3.2. Zu keinem anderen Ergebnis führen die im Beschwerdeverfahren nachgereichten medizinischen Berichte.

Dr. I. ___ diagnostizierte im Bericht vom 20. Februar 2007 (Urk. 13) neben den bereits bekannten Diagnosen ein Restless-Legs-Syndrom und PLMS. Allerdings geht aus ihrem Bericht hervor, dass nur die Polyneuropathie Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Daher kann das Restless-Legs-Syndrom nicht von Relevanz sein und es ist nicht weiter darauf einzugehen.

Im Bericht vom 12. März 2007 (Urk. 17) führte Dr. D. ___ aus, langsames Gehen sei dem Beschwerdeführer nur für maximal 20 Minuten möglich, dann würde Zittern und Schwindel auftreten. Im Gegensatz zum Bericht von Dr. G. ___ vom 7. Februar 2005 (Urk. 21/76 S. 6) und jenem vom 20. Juni 2006 (Urk. 21/97 S. 4), in welchen sie von einer Gehstrecke von nicht mehr als 20 beziehungsweise 20-30 Metern sprach, würde dies sogar auf eine Gesundheitsverbesserung hinweisen, entkräftet aber jedenfalls die pessimistische Beurteilung durch Dr. G. ___. In die gleiche Richtung geht die Schilderung des Beschwerdeführers im F. ___-Bericht vom 15. Januar 2007 (Urk. 8 S. 2), wonach er morgens jeweils zwei Stunden spazieren zu gehen pflege, wobei er alle 10-15 Minuten Pausen einlege.

Ausserdem erwähnte Dr. Djajanschahi erstmals Schmerzen und ein Kältegefühl in den Händen, vorwiegend im Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand. Dazu ist zu sagen, dass sich dieses Problem offensichtlich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, denn er bastelt, erledigt Einkäufe und hilft im Haushalt (Urk. 8 S. 2). Auch klagt er in keinem der im Recht liegenden medizinischen Berichte über irgendwelche Einschränkungen im Gebrauch der Hände.

Im F. ___-Bericht vom 15. Januar 2007 (Urk. 8) wurde neu eine schwere depressive Episode diagnostiziert (Urk. 8 S. 1). Angesichts des dargelegten Tagesablaufs des Beschwerdeführers, um fünf Uhr bringe er seine Frau zur Arbeit, spaziere mit Pausen zwei Stunden, esse gemeinsam mit seinem Sohn zu Mittag, erledige die Einkäufe und das Staubsaugen, trinke mehrmals pro Woche Kaffee und schaue Fernsehen, mache im Kirchenchor mit und bastele zu Hause (Urk. 8 S. 2), kann das Vorliegen einer schweren Depression nur schwerlich nachvollzogen werden. Zudem konnte die Depression während des Aufenthaltes im F. ___ durch medikamentöse und therapeutische Unterstützung reduziert werden (Urk. 8 S. 4), so dass nicht von einer anhaltenden, invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Beeinträchtigung auszugehen ist.

3.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass seit Erlass des Einspracheentscheids vom 29. April 2005 keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die Voraussetzungen für eine Revision sind somit nicht erfüllt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

4. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt

der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Milosav Milovanovic
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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.