

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00246 vom 26. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00246](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00246)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00246 du 26 juin 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00246 del 26 giugno 2008

## Erwägungen

### E. 2

2.1 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).

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 könnte; 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger,

chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung oder Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverändern unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 ff. Erw. 1.2, mit Hinweisen).

2.2  $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$  Laut Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 gültigen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3  $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$  Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4  $\hat{A} \hat{A} \hat{A} \hat{A}$  Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

### **E. 3**

3.1. Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

3.2. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, seit März 2004 bestehe eine Einschränkung des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit (Urk. 13/22/1). Aufgrund der Einsprache vom 16. März 2006 seien weitere medizinische Abklärungen getroffen worden, deren Würdigung eine neue medizinische Beurteilung ergebe. Das infektiöse Krankheitsgeschehen am Fuss sei instabil geblieben und habe zu einer operativen Gelenkversteifung der Grosszehe geführt. Daraus ergebe sich, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsmonteur für das Jahr 2006 nach unten korrigiert werden müsse. Die Arbeitsfähigkeit für optimal leidensangepasste, sitzende Tätigkeiten liege aber nach wie vor bei 100 %. An der Beurteilung der Auswirkungen des Rückenleidens ergebe sich nach erneuten Abklärungen keine Änderung (Urk. 2 Seite 3). Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 53'136.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'312.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 824.-- resp. ein Invaliditätsgrad von 2 % (Urk. 13/22/2).

3.3. Der Beschwerdeführer lässt dagegen vorbringen, aufgrund der Arztberichte der Klinik V. \_\_\_\_, insbesondere auch des aktuellen Berichtes vom 28. Dezember 2006, sowie gestützt auf die Ausführungen von A. \_\_\_\_, in Bezug auf die Auswirkungen der Fussbeschwerden auf das Rückenleiden und in Bezug auf die psychische Beeinträchtigung sei ausgewiesen, dass er selbst in einer behinderungsangepassten Tätigkeit erheblich eingeschränkt und auch nach Erhalt der orthopädischen Spezialschuhe mindestens zu 50 %, wenn nicht gar zu 100 % arbeitsunfähig sei. Er habe daher Anspruch auf die Ausrichtung einer Invalidenrente (Urk. 6 Seite 5).

### **E. 4**

4.1. Streitig ist

4.1.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Ende 2003 unter zunehmenden Rückenschmerzen mit Ausstrahlung vorwiegend ins linke Bein litt. Die im März 2004 angefertigten Röntgenbilder zeigten einen Beckenschiefstand sowie degenerative Veränderungen im Sinne von Osteochondrose L4/5 bis S1 mit entsprechenden Spondylophyten an allen Etagen. Da die Beschwerden weder durch medikamentöse und physikalische Therapien noch durch lokale Infiltrationen verbessert werden konnten, wurde am 7. Juli 2004 ein MRI der Lendenwirbelsäule durchgeführt (Urk. 13/14/6). Dieses ergab anlagebedingt kurze Pedikel, auf dem Niveau L4/5 eine flachbogige median etwas linksbetonte Diskushernie mit Impression des Duralsackes und möglicher Behinderung des Abgangs der Nervenwurzel L5 linksseitig intraspinal sowie eine Diskopathie L5/S1 mit flachbogiger medianer Diskushernie und leichter Impression des Duralsackes (Urk. 13/14/23). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, A. \_\_\_\_, überwies ihn deswegen zunächst ans Zentrum Z. \_\_\_\_, welches eine multimodale stationäre Rehabilitation empfahl (Urk. 13/14/21). Der Beschwerdeführer hielt sich daraufhin vom 4. bis 22. Oktober 2004 stationär in der

Klinik X. \_\_\_ des Spitals Y. \_\_\_ auf. Die dort durchgeführten aktiven Therapiemassnahmen führten nur kurzzeitig zu einer Besserung der Symptomatik (Urk. 13/14/7 und Urk. 13/14/10). Zur Klärung des weiteren Vorgehens (rehabilitative Massnahmen, vollständige Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL] Zumutbarkeitsbeurteilung, therapeutische Einzelmassnahmen) wurde am 27. Januar 2005 in der Klinik X. des Spitals Y. \_\_\_ ein Triageassessment durchgeführt, welches "eine deutliche Selbstlimitierung bei der Ausübung körperlicher Aktivität, eine deutliche Überschätzung der eigenen physischen Leistungsfähigkeit, auch unter Berücksichtigung der Selbstlimitierung, und eine ungünstige motivationelle Voraussetzung für rehabilitative Massnahmen wie auch für die Abklärung der Zumutbarkeit mittels EFL" aufzeigte (Urk. 13/14/11).

4.1.2 Im Mai 2005 zog sich der Beschwerdeführer eine Fussverletzung zu, woraufhin sich ein Infekt am Grosszehengrundgelenk entwickelte. Deswegen war er vom 15. bis 21. November 2005 in der chirurgischen Klinik des Stadtspitals U. \_\_\_ hospitalisiert. Dort wurden am 15. November 2005 eine Hautexzision über dem dorsalen Grosszehengrundgelenk links sowie eine Gelenkrevision und am 18. November 2005 ein Dbridement mit Gelenks- und Wundspülung vorgenommen. Die Behandlung im Stadtspital U. \_\_\_ wurde am 29. November 2005 abgeschlossen (Urk. 13/20/1-2, Urk. 13/37/1-2). Wegen nach wie vor massiver Schmerzen wurde er am 28. Februar 2006 in der Fussprechstunde der Klinik V. \_\_\_ ambulant untersucht (Urk. 13/36/9). Nach Durchführung eines MRI wurde dort am 8. Mai 2006 eine MP-I-Arthrodesen links vorgenommen (Urk. 13/36/5). Im betreffenden Bericht vom 9. Mai 2006 wurde ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 8. Mai bis 22. Juni 2006 bescheinigt (Urk. 13/36/6). Am 22. Juni, 8. August und 9. November 2006 fanden postoperative Verlaufskontrollen statt (Urk. 13/36/1-4, Urk. 13/47/1), wobei dem Beschwerdeführer anlässlich der Kontrolle vom 8. August 2006 ein Rezept zur Anpassung eines orthopädischen Serienschuhs mit Fussbettung nach Mass ausgestellt wurde (Urk. 13/36/2).

#### **E. 4.2**

4.2.1 B. \_\_\_ vom Zentrum Z. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht an A. \_\_\_ vom 13. September 2004 ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei Diskushernie L4/5 mediolateral links, möglicherweise die Nervenwurzel L5 links tangierend, eine Diskusprotrusion L5/S1 median, ohne Nervenwurzelkompression, sowie einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerzverselbständigung und beginnender Schmerzausweitung. Aus rein rheumatologischer Sicht schtze er den Beschwerdeführer als mittelgradig behindert ein. Für körperlich geeignete, leichte bis mittelschwere Arbeiten mit der Möglichkeit von häufigen Positionswechseln wäre er medizinisch-theoretisch zu mindestens 70 % arbeitsfähig (Urk. 13/14/20-21).

4.2.2 C. \_\_\_ vom Spital Y. \_\_\_, Klinik X. \_\_\_, erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 5. September 2005 unter dem Titel "Aktive Diagnosen" ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei muskulärer Dysbalance, ausgeprägter Schonhaltung sowie Schmerzverarbeitungsstörung und unter dem Titel "Inaktive Diagnosen" eine chronische Bronchitis, einen Verdacht auf arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidemie sowie einen Nikotinabusus (Urk. 13/13/1 und Urk. 13/13/3). Klinisch bestnden eine muskuläre Dysbalance sowie eine ausgeprägte Schonhaltung. Das ausgeprägte Beschwerdebild könne jedoch nur zum Teil durch muskuläre Dysbalance

erklärt werden. Das ausgeprägte Schonverhalten, die übermässigen Schmerz- und Abwehrreaktionen, die Schmerzfixierung und das demonstrative Schmerzverhalten seien ein klares Indiz für einen Chronifizierungsprozess. Obwohl vermutlich physische Limiten beständen, könnten aufgrund der Selbstlimitierung und begrenzten Einsatzbereitschaft keine harten Fakten für eine Arbeitsunfähigkeit gefunden werden (Urk. 13/13/4). Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei eine mittelschwere Wechseltätigkeit theoretisch ganztags zumutbar (Urk. 13/13/5).

4.2.3.4 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, A. \_\_\_\_, erhebt in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 29. September 2005 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Diskushernie L4/5 linksbetont mit Impression des Duralsackes und möglicher Behinderung des Abganges der Nervenwurzel L5 linksseitig intraspinal, Discopathie L5/S1 mit flachbogiger medianer Diskushernie und leichter Impression des Duralsackes, bestehend seit März 2004, eine Depression sowie Kopfschmerzen und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine chronische Raucherbronchitis sowie ein Zahnwurzelgranulom (Urk. 13/14/5). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Urk. 13/14/6). In der bisherigen Tätigkeit sei er vom 8. März bis 5. November 2004 zu 100 %, vom 6. November bis 31. Dezember 2004 zu 50 % sowie vom 1. Januar bis 31. Januar 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 1. Februar 2005 bis auf weiteres bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/14/5). In Anbetracht der Beschwerden sei eine Rückkehr in seinen Beruf auch in Zukunft nicht möglich. Wahrscheinlich könne er in einer angepassten Tätigkeit theoretisch 50 % arbeiten (Urk. 13/14/6).

4.2.3.5 In seinem Verlaufsbericht vom 31. August 2006 führte er nebst den bereits im Bericht vom 29. September 2005 gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sowie eine MP-I-Arthrodese links am 8. Mai 2006 bei Status nach MP-I-Arthrose links nach persistierendem MP-I-Gelenk-Infekt mit ossärer Beteiligung und Status nach multiplen Explorationen und Revisionen am 15. November 2005 und als "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine chronische Raucherbronchitis sowie eine Penicillin-Allergie an (Urk. 13/35/3). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen eventuell verbessert werden. Er benötige Hilfsmittel (Krücken). Gegenüber dem letzten Bericht vom 29. September 2005 seien neue Beschwerden aufgetreten, welche die Arbeitsfähigkeit verschlechterten. Aufgrund der Gehbehinderung und des hinkenden Ganges hätten die Krückenbeschwerden durch die Fehlbelastung an Intensität zugenommen. In der angestammten Tätigkeit sei er vom 1. Februar bis 14. November 2005 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 15. November 2005 bis auf weiteres sei er zu 100 % arbeitsunfähig. In Anbetracht der zunehmenden Beschwerden bleibe er nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 13/35/4).

4.2.4.1 D. \_\_\_\_, von der Chirurgischen Klinik des Stadtsitals U. \_\_\_\_, erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2006 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" einen Infekt MP Gelenk Dig. I Fuss links bei chronischer Arthritis bei/mit Status nach Hautexzision über dorsalem Grosszehengrundgelenk links und Gelenkrevision am 15. November 2005 sowie Döbridement und Gelenk-/Wundspülung am 18. November 2005 und ein chronisches

Lumbovertebralsyndrom mit Diskushernie linksbetont sowie unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" einen Verdacht auf eine Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD [Urk. 13/20/1]). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Urk. 13/20/2). Bei der abschliessenden Wundkontrolle vom 29. November 2005 hätten sich nach der Fadenentfernung reizlose Wundverhältnisse gezeigt (Urk. 13/20/2). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 15. November bis 3. Dezember 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 13/20/1). Die Arbeitsfähigkeit ab dem 3. Dezember 2005 sei durch den Hausarzt neu zu beurteilen. Aus ärztlicher Sicht beständen keine Einschränkungen bezüglich des bisherigen Berufs als Elektromonteur (Urk. 13/20/3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä E.\_\_\_\_ von der Chirurgischen Klinik des Stadtpitals U.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2006 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" einen Infekt PIP Dig I Fuss links bei chronischer Arthritis, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Diskushernie L4/5 linksbetont, eine Depression, einen Verdacht auf ein COPD sowie eine Penicillin-Allergie an. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. In der bisherigen Tätigkeit sei er vom 15. November bis 3. Dezember 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 13/37/1). Die medizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit mit den entsprechenden dem Beschwerdeführer zumutbaren körperlichen Belastungen könne er nicht vornehmen, da er ihn am 25. November 2005 zum letzten Mal gesehen habe (Urk. 13/37/2).

4.2.5 Ä Ä F.\_\_\_\_ von der Klinik V.\_\_\_\_ bezeichnete in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 30. Juli 2006 den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (Urk. 13/34/2). Im Übrigen, insbesondere auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, verwies er auf seinen Bericht betreffend die Fussprechstunde vom 22. Juni 2006 (Bericht vom 3. Juli 2006 [Urk. 13/36/3-4]) sowie auf die anfangs August 2006 vorgesehene Reevaluation der Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/34/2, Urk. 13/34/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im genannten Bericht vom 3. Juli 2006 wurden eine MP-I-Arthrodesse links am 8. Mai 2006, ein Verdacht auf einen persistierenden MP-I-Gelenk-Infekt mit ossärer Beteiligung mit Status nach Exploration und Gelenksrevision am 15. November 2005 und Döbridement, Gelenks- und Wundspülung am 18. November 2005 festgestellt. Dem Beschwerdeführer gehe es den Umständen entsprechend gut. Zum Laufen benutze er nach wie vor einen Gehstock. Der postoperative Verlauf sei regelrecht. Es sei zu erwarten, dass die Schwellung über dem Fussrücken links im Verlauf der nächsten 6 Wochen zurückgehen werde (Urk. 13/36/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä G.\_\_\_\_ von der Klinik V.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 28. Dezember 2006 - auf entsprechende Fragen hin (Urk. 13/46) - aus, dass bis zur Konsultation am 9. November 2006 noch wesentliche belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich des arthrodesierten Grosszehengrundgelenkes links bestanden hätten. Der Beschwerdeführer sei lange Zeit bei belastungsabhängigen Schwellungen auf offene Sandalen und einen Gehstock angewiesen gewesen. Zudem habe sich konventionell radiologisch eine protrahierte Konsolidierung gezeigt. In einer mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit habe vom 22. Juni bis 9. November 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nach Erhalt

der angefertigten orthopädischen Schuhe wäre bezüglich des linken Fusses ein Arbeitsversuch mit 50 % in einer mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit möglich. Die Nebendiagnosen (anamnestisch Rückenschmerzen) würden nicht berücksichtigt (Urk. 13/47).

4.2.6.1 Gemäss den Angaben der Q.\_\_\_\_ AG im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 4. Oktober 2005 umfasste die dortige Tätigkeit des Beschwerdeführers "oft" Kabeleinzug und Spitzarbeiten. Er habe "oft" gehen sowie stehen müssen. Leichte Lasten seien "oft", mittelschwere und schwere Lasten "manchmal" zu heben oder zu tragen gewesen (Urk. 13/15/3). Grundsätzlich handelte es sich somit um eine mittelschwere Tätigkeit mit Wechselbelastung.

### E. 4.3

4.3.1.1 Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass beim Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht einerseits - seit ca. Ende 2003 - eine Rückenproblematik und andererseits - seit November 2005 - eine Problematik im Bereich des Grosszehengrundgelenkes links vorliegt.

4.3.2.1 Was die Rückenproblematik betrifft, so wurden, wie erwähnt, anlässlich des MRI vom 7. Juli 2004 auf dem Niveau L4/5 eine flachbogige median etwas linksbetonte Diskushernie mit Impression des Duralsackes und möglicher Behinderung des Abgangs der Nervenwurzel L5 linksseitig intraspinal sowie eine Diskopathie L5/S1 mit flachbogiger medianer Diskushernie und leichter Impression des Duralsackes festgestellt (Urk. 13/14/23). B.\_\_\_\_ vom Zentrum Z.\_\_\_\_ sowie die Ärzte der Klinik X.\_\_\_\_ des Spitals Y.\_\_\_\_ gehen indessen übereinstimmend davon aus, dass diese radiologischen Veränderungen die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass (Positions- und bewegungsabhängige Schmerzen lumbal mit Schmerzausstrahlung in die Aussenseite des linken Oberschenkels bis zum Knie, ohne sensomotorischen Defizite der unteren Extremitäten, am stärksten am Morgen, im Verlauf des Tages eher leicht abnehmend, Einschränkung der freien Gehstrecke in der Ebene auf maximal 200 Meter [Urk. 13/14/20]; Hauptschmerz lumbal, Schmerzzunahme beim Sitzen, Stehen, Gehen aber auch im Liegen, massive Störung des Nachtschlafes, maximale Sitzdauer 10 Minuten [Urk. 13/13/3]), nicht resp. zumindest nicht vollständig erklären, zumal sich klinisch keine radikulären Ausfälle gezeigt haben (Urk. 13/14/21, 13/14/7). Die Ärzte der Klinik X.\_\_\_\_ des Spitals Y.\_\_\_\_ nennen als Ursache der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden zudem eine muskuläre Dysbalance, wobei sie darauf hinweisen, dass das ausgeprägte Beschwerdebild dadurch (nur) zum Teil erklärt werden könne (Urk. 13/13/4). Dementsprechend haben sowohl B.\_\_\_\_ als auch die Ärzte der Klinik X.\_\_\_\_ des Spitals Y.\_\_\_\_ ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, mithin - lediglich - einen Schmerzzustand im Bereich der Lendenwirbelsäule (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. August 2006 in Sachen P., U 58/06, Erwägung 4.2.1, mit Hinweisen) diagnostiziert (Urk. 13/14/20, Urk. 13/13/1, Urk. 13/14/7). Daneben hat B.\_\_\_\_ einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerzverselbständigung und beginnender Schmerzausweitung (Urk. 13/14/20) und C.\_\_\_\_ von der Klinik X.\_\_\_\_ des Spitals Y.\_\_\_\_ eine Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 13/13/1) erhoben.

Wie erwähnt, kommt C.\_\_\_\_ im genannten Bericht vom 5. September 2005 zum Schluss, dass aus rein rheumatologischer Sicht eine mittelschwere

Wechseltätigkeit ganztags zumutbar sei (Urk. 13/13/5). Diese Einschätzung, welche auf eigenen Untersuchungen (inklusive Arbeitsassessment und Basistest) beruht und in Kenntnis der Krankheitsgeschichte (Anamnese) sowie der geklagten Beschwerden vorgenommen wurde, erscheint überzeugend. Aufgrund der genannten radiologischen sowie der von C.\_\_\_\_ erhobenen klinischen Befunde ("Wirbelsäule: Schultertiefstand rechts, Beckengeradstand, Wirbelsäule im Lot, leichte linkskonvexe Skoliose. Leichte Abflachung der BWS-Kyphosierung. HWS frei beweglich. BWS bei Rotation und Lateralflexion Schmerzangabe lumbal. LWS: Lateralflexion beidseits 2/3 eingeschränkt mit massivem Gegenspannen und sakadierender Bewegung sowie ausgeprägter Schmerzangabe, Flexion und Extension 1/3 bis hälftig eingeschränkt. L3 bis S1 ausgeprägte Druckdolenz sowohl über dem Processi spinosi als auch paravertebral, Triggerpunkte gluteal beidseits. Grosse Gelenke frei beweglich. Neurologie: Muskeleigenreflexe symmetrisch auslösbar, Sensomotorik intakt, Lasägue und umgekehrter Lasägue beidseits negativ." [Urk. 13/13/3]) besteht kein Grund zur Annahme, dass die Rückenproblematik der Ausübung einer mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung - objektiv - entgegen stehen könnte. Eine muskuläre Dysbalance kann sodann - in der Regel - durch entsprechendes Training behoben werden und ist daher bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2; Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 26. Mai 2008 in Sachen M., 9C\_55/2008, Erwägung 4.4.2). C.\_\_\_\_ empfiehlt denn auch ausdrücklich, die begonnene medizinische Trainingstherapie weiterzuführen (Urk. 13/13/5). Sodann geht auch B.\_\_\_\_, welcher im Nebenbrüden im Wesentlichen die gleichen klinischen Befunde erhob wie C.\_\_\_\_ (Urk. 13/14/21), davon aus, dass der Beschwerdeführer in körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten mit der Möglichkeit von häufigen Positionswechseln zu "mindestens" 70 % arbeitsfähig ist (Urk. 13/14/21).

4.3.3.3 Was die Fussbeschwerden des Beschwerdeführers betrifft, so wurde ihm deswegen seitens des Stadtspitals U.\_\_\_\_ für die Zeit vom 15. November bis 3. Dezember 2005 (Urk. 13/37/1), seitens der Klinik V.\_\_\_\_ vom 8. Mai bis 9. November 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 13/36/6 und Urk. 13/47/1).

Objektive Anhaltspunkte dafür, dass sich die Fussbeschwerden auch in der Zeit vom 4. Dezember 2005 bis 7. Mai 2006 sowie nach dem 9. November 2006 massgeblich auf die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt haben könnten, liegen nicht vor.

So geht aus dem Bericht des Stadtspitals U.\_\_\_\_ an die Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2006 hervor, dass sich bei der Abschlusskontrolle vom 29. November 2005 nach der Fadenentfernung reizlose Wundverhältnisse zeigten (Urk. 13/20/2). Seitens der Klinik V.\_\_\_\_, welche der Beschwerdeführer erstmals am 28. Februar 2006 aufsuchte, wurde ihm erst ab dem 8. Mai 2006 (Operationsdatum) eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Urk. 13/36/6).

Gemäss der von den F.\_\_\_\_ von der Klinik V.\_\_\_\_ im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 30. Juli 2006 vorgenommenen medizinischen Beurteilung der "Arbeitsbelastbarkeit/Physische Funktionen" waren dem Beschwerdeführer - bereits damals - das Heben und Tragen von leichten Lasten "sehr oft", das Heben und Tragen von mittleren Lasten, Arbeiten über Kopfhöhe, Rotation, vorgeneigtes Sitzen sowie Gehen

unter 50 Metern "oft" zumutbar; sitzen könne er "sehr oft", heben über Brusthöhe, vorgeneigt stehen sowie stehen könne er "manchmal" (Urk. 13/34/3). Wohl hat G. von der Klinik V. in seinem Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 28. Dezember 2006 - auf entsprechende Frage hin (Urk. 13/46/2) - angeführt, dass nach Erhalt der angefertigten orthopädischen Schuhe "bezüglich des linken Fusses in einer mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ein Arbeitsversuch zu 50 % möglich wäre" (Urk. 13/47/2). Vorgängig hat er aber darauf hingewiesen, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Konsultation vom 9. November 2006 über regrediente belastungsabhängige Beschwerden in der Grosszehe berichtet. Gemäss seinen Angaben seien diese geringgradig und bedürften keiner Schmerzmitteleinnahme. Die Benützung der Gehstöcke sei im Zusammenhang mit den chronischen Rückenbeschwerden notwendig (Urk. 13/47/2). Aufgrund dieser Angaben kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Fussbeschwerden des Beschwerdeführers der vollzeitlichen Ausübung einer mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung spätestens ab dem 10. November 2006 nicht mehr entgegenstanden.

4.3.4 Nach dem Gesagten sowie mit Blick auf die Anforderungen, welchen der Beschwerdeführer als Hilfselektromonteur bei der Q. zu genügen hatte (vgl. Erwägung 4.2.6), ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer durch die Rücken- sowie Fussbeschwerden in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit, d.h. für eine mittelschwere Tätigkeit mit Wechselbelastung, lediglich für die Zeit vom 15. November bis 3. Dezember 2005 sowie vom 8. Mai bis maximal 9. November 2006 arbeitsunfähig war.

4.3.5 Die von A. in seinen Berichten an die Beschwerdegegnerin vom 29. September 2005 und 31. August 2006 (Urk. 13/14/5-6 und Urk. 13/35/3-4) vorgenommenen Einschätzungen vermögen - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 Seite 4) - kein abweichendes Ergebnis zu begründen.

zunächst ist zu bemerken, dass A. als Hausarzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung geneigt sein dürfte, in Zweifelsfällen eher zu Gunsten des Beschwerdeführers auszusagen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Dezember 2006 in Sachen S., I 482/06, Erw. 3.3, unter Hinweis auf BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass er bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf dessen Angaben abgestellt hat, ohne diese sowie sein Verhalten kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber erforderlich gewesen, zumal ihm bekannt war, dass B. einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerzverselbständigung und beginnender Schmerzausweitung (Urk. 13/14/20) und C. eine Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 13/13/1) erhoben. Sodann hat A. gemäss seinen eigenen Angaben bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nebst den Rücken- und Fussbeschwerden auch "Kopfschmerzen" sowie eine "Depression" berücksichtigt. Er hat jedoch keine objektiven Befunde erhoben, welche es erlauben würden, diese beiden Diagnosen präferend nachzuvollziehen. Als Spezialarzt für innere Medizin ist er sodann ohnehin nicht berufen, eine psychiatrische Diagnose zu stellen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen.

4.4



ihretwegen die Zumutbarkeit der von der versicherten Person geforderten Willensanstrengung, eine Arbeit zu verrichten, dahinfiele (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 1. März 2004 in Sachen D., I 316/03, Erwägung 2.3; vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 26. Mai 2008 in Sachen G., 9C\_46/2008, Erwägung 3.3, mit Hinweis). Hinsichtlich der weiteren zu berücksichtigenden Faktoren kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht von einem Scheitern konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) gesprochen werden. Insbesondere scheint sich der Beschwerdeführer - trotz entsprechender Empfehlung von C.\_\_\_\_ (Urk. 13/13/5) - bislang keiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzogen zu haben (Urk. 6 Seite 5). Sodann deutet auch keiner der medizinischen Berichte auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens hin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Andererseits bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation (vgl. Erwägung 2.1) beruhen könnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä So führte bereits B.\_\_\_\_ im genannten Bericht vom 13. September 2004 an, der Beschwerdeführer habe während der ganzen Untersuchung vom 8. September 2004 hyperventiliert, bei der Beweglichkeitsprüfung der Lendenwirbelsäule mit aktivem Gegenspannen reagiert und grösste Schmerzen lumbal angegeben. Aufgrund dieses Verhaltens sei er der Meinung, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit ausgeprägter Aggravation nicht ausgeschlossen werden könne (Urk. 13/14/21). Gemäss den Angaben von C.\_\_\_\_ wurden sodann auch anlässlich des am 27. Januar 2005 in der Klinik X.\_\_\_\_ des Spitals Y.\_\_\_\_ durchgeführten Arbeitsassessments eine zu tiefe Selbsteinschätzung, eine ungenügende Leistungsbereitschaft sowie eine Selbstlimitierung festgestellt. Die klinische Untersuchung, die Waddelltests sowie das Verhalten in der Testsituation seien inkonsistent sowie sein Schmerzverhalten auffällig, die Schmerz- und Abwehrreaktion bei der Gelenkbeweglichkeitsuntersuchung übermässig gewesen. Der Beschwerdeführer habe oft über seine Schmerzen berichtet, seinen Rücken gerieben, versucht, abwechselnd die Beine zu entlasten, und sich bei allen versuchten Tests im Zeitlupentempo bewegt. Er sei stark auf seine Schmerzen fixiert gewesen und habe eher ein demonstratives Schmerzverhalten gezeigt (Urk. 13/13/9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den Akten liegt ferner eine Meldung von DetWmmbA R.\_\_\_\_ von der Polizei S.\_\_\_\_ an die Beschwerdegegnerin vom 7. November 2005 (Urk. 13/31). Danach erschien der Beschwerdeführer am 6. November 2005 im Detektivbüro der Stadtpolizei Zürich. Der Grund für seinen "Besuch" habe nichts mit der vorliegenden Meldung zu tun. Er habe einen körperlich sehr schlechten Eindruck erweckt, das heisse, er sei am Stock gegangen und es habe den Anschein gemacht, dass ihm jeder Schritt grosse Schmerzen verursache. Als der Polizeibeamte T.\_\_\_\_ und er am 7. November 2005 seine in S.\_\_\_\_ wohnende Tochter aufgesucht hätten, um welche es bei ihrem Besuch eigentlich gegangen sei, hätten sie den Beschwerdeführer angetroffen. Er habe ihnen die Tür geöffnet und sei ihnen im Treppenhaus entgegen gegangen, als erfreue er sich bester Gesundheit. Sie hätten in der Wohnung ihre Abklärungen gemacht und dabei sei der Beschwerdeführer immer bei ihnen gestanden. Er habe sie während ihres Rundganges durch die Wohnung begleitet. Es habe den Eindruck gemacht, als sei er über Nacht von all seinen Schmerzen erlöst worden: Es sei nichts vom schleppenden Gang, dem schmerzverzerrten Gesicht oder von einer Gehhilfe zu sehen oder zu spüren gewesen





Beschwerdeführers (Urk. 13/6/4) Ausgangspunkt bei beiden Einkommensgrößen der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Männern für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor von Fr. 4'588.-- (LSE 2004, Tabelle TA1, Seite 53) bildet.

Â Â Â Â Â Â Â Â Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erbringt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 19. April 2006 in Sachen T., I 175/06, Erwägung 3, mit Hinweis).

Â Â Â Â Â Â Â Â Da dem Beschwerdeführer nur noch mittelschwere Tätigkeiten mit Wechselbelastung zumutbar sind, ist er auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters und - da für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht - der Teilzeitbeschäftigung, ebenso wenig dasjenige der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie. Insgesamt erscheint unter den gegebenen Umständen der von der Beschwerdegegnerin auf dem Tabellenlohn gewährte Abzug von 10 % als angemessen.

5.6 Â Â Â Â Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung resultiert somit ein Invaliditätsgrad von 10 %. Es liegt demnach keine leistungs begründende Invalidität vor (Art. 28 Abs. 1 IVG).

6. Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7. Â Â Â Â Â Â Beim Beschwerdeführer sind die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung nach Â§ 84 des Gesetzes über den Zivilprozess (ZPO) erfüllt (Urk. 7/1), weshalb ihm, seinem Gesuch vom 5. März 2007 entsprechend (Urk. 6 Seite 2), die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren ist.

8. Â Â Â Â Â Â 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.

Â Â Â Â Â Â Â Â Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass ihn das Gericht zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten verpflichten kann, wenn er künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt (vgl. Â§ 92 ZPO).

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bewilligung des Gesuches vom 5. März 2007 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

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

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Ä Ä 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
- W. \_\_\_\_\_

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä 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. 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.