

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00874 vom 28. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00874](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00874)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00874 du 28 janvier 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00874 del 28 gennaio 2008

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 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 14. Mai 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG und der IVV 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.

2.2 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).

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 konnte; 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).

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 Erw. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen O. vom 8. August 2006, I 169/06, Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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.

2.4 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).

2.5 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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.) In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten

aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

### E. 3.1

3.1.1.1. Dr. F.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer seit dem 23. Mai 2002 als Hausarzt behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. März 2006 eine depressive Entwicklung und Angststörung mit rezidivierenden Panikattacken, erachtete aber den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär und den internistischen Status als unauffällig. Eine Prognose sei unsicher (Urk. 10/13). Vom 10. Juni 2004 bis zum 31. August 2004 sowie vom 1. September 2005 bis zum 31. Oktober 2005 habe beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Eine Betätigung im bisherigen Beruf sei dem Beschwerdeführer nicht mehr, eine behinderungsangepasste Tätigkeit jedoch ganztags zumutbar (Urk. 10/13/4).

3.1.2. Gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ von der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2006 (Urk. 10/12/5-8), wo der Beschwerdeführer vom 26. August 2004 bis zum 19. Oktober 2005 in Behandlung war, erlitt der Beschwerdeführer eine erste Panikattacke ungefähr acht Monate vor Therapiebeginn und eine zweite etwa fünf Monate später, wobei in beiden Fällen keine somatische Ursache habe festgestellt werden können. Nach vier Wochen habe der Beschwerdeführer einen erneuten Rückfall zu Hause erlitten. Während der Behandlungsdauer in der Klinik seien Panikattacken immer im Zusammenhang mit sozialen Belastungsfaktoren aufgetreten, und der Beschwerdeführer habe angegeben, an Angstzuständen zu leiden (Urk. 10/12/7). Die Ärzte stellten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD 10: F43.21) seit ungefähr Anfang 2004 sowie eine Panikstörung (ICD 10: F41.0) ebenfalls seit ungefähr Anfang 2004 fest. Für die Zeit vom 1. September 2004 bis zum 30. April 2005 erachteten sie den Beschwerdeführer als vollständig und ab dem 1. Mai 2005 bis zum 31. August 2005 noch zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 10/12/5). Sie erklärten, dass sich anfänglich durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen Erfolge gezeigt hätten, dass sich aber der Beschwerdeführer immer wieder den ihm angebotenen Unterstützungen entzogen und schlussendlich im August 2005 die Therapie ohne Begründung abgebrochen habe (Urk. 10/12/7). Gemäss damaliger Einschätzung der Ärzte habe neben der Weiterführung der Therapie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in Zusammenarbeit mit dem RAV die Möglichkeit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf Herbst 2005 bestanden. Wegen dem Therapieabbruch war es den Ärzten indes nicht möglich, eine Aussage über den weiteren Verlauf und eine Prognose zu machen (Urk. 10/12/8).

3.1.3. Dr. B.\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer ab Oktober 2005 betreute, stellte gemäss Arztbericht vom 23. Februar 2006 (Urk. 10/11) seit Juli 2004 eine Panikstörung (ICD 10: F41.0) und eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, (ICD 10: F33.1) sowie seit 1. Januar 2006 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10: F43.1) fest. Weiter äusserte sie den Verdacht, dass beim Beschwerdeführer eine soziale Phobie (ICD 10: F40.1) bestehen könnte und empfahl überdies abzuklären, ob ein ADHS-Syndrom vorliege. Sie attestierte dem Beschwerdeführer ab dem 21. Oktober 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab dem 1. Januar 2006 aufgrund einer Schiesserei am Arbeitsplatz eine solche von 100 %, erachtete aber im Falle geeigneter beruflicher Beratungen und Massnahmen sehr bald eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % und schrittweise gar eine solche von 100 % als denkbar.

3.2. Am 10. Oktober 2006 erstattete Dr. D. \_\_\_ aufgrund der von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten Akten und der am 9. Oktober 2006 durchgeführten Untersuchungen und Beobachtungen das psychiatrische Gutachten (Urk. 10/27). Ihr gegenüber berichtete der Beschwerdeführer von insgesamt fünf Panikattacken, wobei er die letzte im April 2005 erlitten habe (Urk. 10/27/6). Jetzt habe er keine drastischen Panikattacken mehr (Urk. 10/27/8 und 12). Die Gutachterin beschrieb den Beschwerdeführer als bewusstseinsklar, allseits orientiert und offen. Bei ihm sei keine Phobie feststellbar und es liege keine Depression vor. Ebenso liessen sich keinerlei Anhaltspunkte für eine ADHD-Störung finden und zentrale Symptome für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht auszumachen (Urk. 10/27/12-13). Obwohl der Beschwerdeführer charakterologisch auffällig erscheine, seien die ICD-Kriterien einer Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert nicht erfüllt (Urk. 10/27/14). Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte eine multiple psychosoziale Belastungssituation (ICD 10: Z59; Z60.2; Z63.0; Z56; Z63.8), eine Angststörung milder Ausprägung mit aktuell unspezifischer psychosomatischer Symptomatik, Status nach Panikstörung (ICD 10: F41.8), eine Anpassungsstörung mit leichter dysthymen Symptomatik (ICD 10: F43.28) sowie eine einfach strukturierte Persönlichkeit mit akzentuierten dependenten und asthenischen Zügen (ICD 10: Z73.1). Sie erachtete den Beschwerdeführer zumindest seit Frühjahr 2006 aus psychiatrischer Sicht für sozial anspruchsvolle Arbeit mit hohem Leistungsdruck zu 80 % arbeitsfähig, wobei die Arbeitsunfähigkeit von 20 % nicht andauernd sei, sofern der Beschwerdeführer eine bessere therapeutische Compliance als bis anhin zeige (Urk. 10/27/15). Demgegenüber bestehe in einer angepassten, intellektuell wenig anspruchsvollen, repetitiven Tätigkeit mit überschaubaren Abläufen eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wobei eine Rückkehr in seine Tätigkeit als Firsteher nicht sinnvoll sei (Urk. 10/27/14).

Bezüglich den vorliegenden Arztberichten erklärte die Gutachterin, dass der Bericht der Psychiatrischen Klinik I. \_\_\_ (siehe Erw. 3.1.2) sowohl betreffend Diagnose als auch betreffend die Arbeitsfähigkeit ihrer Einschätzung entspreche. Die Diagnose der Panikstörung von Dr. B. \_\_\_ stimme ebenfalls mit ihrer eigenen Diagnose überein. Demgegenüber seien die ICD-Kriterien der Soziophobie, des posttraumatischen Syndroms und des ADHD nicht erfüllt, weshalb nicht auf die von Dr. B. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden könne (Urk. 10/27/16).

3.3. In der Stellungnahme von Dr. B. \_\_\_ vom 11. Januar 2007 (Urk. 3/4), welche zusammen mit der Beschwerde eingereicht wurde, hielt die Ärztin fest, dass das Gutachten bezüglich der ADHS-Abklärungen nicht den heute geltenden Standards entspreche und entgegen den Annahmen der Gutachterin der Beschwerdeführer immer noch häufig Panikattacken erleide. Dr. B. \_\_\_ stellte den Antrag auf berufliche Massnahmen und wies darauf hin, dass eine Einschränkung des Leistungsvermögens über lange Sicht und eine Persönlichkeitsauffälligkeit, die grösserem Druck nicht gewachsen sei, ernsthaft erwogen werden müssten und die Konsequenzen daraus zu ziehen seien. Ihr erscheine deshalb die Einschätzung, der Beschwerdeführer könne ab sofort im gelernten Beruf vollzeitig tätig sein, realitätsfremd. Der Beschwerdeführer sei nach Massgabe seines Vermögens bereit, schrittweise wieder zu arbeiten, und er zeige sich bezüglich einer Therapie motiviert.

Der Psychiater Dr. E. \_\_\_, der den Beschwerdeführer vom 26. August 2004 bis 14. Juli 2005 behandelte, räumte in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2007

(Urk. 3/3) zwar ein, dass die Intensität der rezidivierend auftretenden psychosomatischen Angstzustände sich deutlich vermindert habe, vertrat aber ebenfalls die Ansicht, dass die Problematik der Panikstörungen und die Verdachtsdiagnosen eines ADHD-Syndroms und einer allfälligen posttraumatischen Störung noch eingehender abzuklären seien. Die im Jahre 2004 gestellte Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung sei nun aufgrund des Krankheitsverlaufes als rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradigen Ausmasses, anzusehen. Über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sich Dr. E. \_\_\_ nicht.

#### 4.1.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ eine genügende Grundlage für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache ist.

4.2.1.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer erhebt verschiedene Einwände gegen die Wertigkeit des Gutachtens (Urk. 1 und Urk. 14). Insbesondere rügt er, dass im Gutachten betreffend die Panikattacken auf einen falschen Sachverhalt abgestützt worden sei.

4.2.1.1.1.1.1 Dem ist entgegenzuhalten, dass die Angaben betreffend Häufigkeit und Rezidiv der Panikattacken, auf die sich die Gutachterin stützte, vom Beschwerdeführer selber stammen. Auch die neueren Beurteilungen von Dr. B. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ stützen sich nicht auf objektive Befunde, sondern ausschliesslich auf die Schilderungen des Beschwerdeführers selber. Da zudem der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden darf, dass Haus- und behandelnde Ärzte mitunter in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, ist der Einwand des Beschwerdeführers nicht zu hören, und es ist betreffend die Häufigkeit von Panikattacken auf das Gutachten abzustellen.

4.3.1.1.1.1.1 Auch der weitere Einwand, die Gutachterin habe sich mit der Problematik eines allfälligen ADHD-Syndroms nicht auseinandergesetzt, vermag nicht zu überzeugen, hat die Gutachterin doch ausdrücklich festgehalten, es liessen sich keinerlei Anhaltspunkte für eine solche Störung finden (Urk. 10/27/13). Daraus erhellt, dass sich die Gutachterin sehr wohl mit der Problematik des ADHD-Syndroms auseinandersetzte.

4.4.1.1.1.1.1 Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur der Bericht der Psychiatrischen Klinik I. \_\_\_ vom 23. Februar 2006 mangelnde Compliance des Beschwerdeführers dokumentiert (Urk. 10/12/5-8, Erw. 3.1.2). Gemäss Schreiben der Psychiatrischen Klinik I. \_\_\_ vom 10. Juli 2006 an die IV-Stelle besuchte der Beschwerdeführer die ärztlich geleitete ambulante Strukturgruppe nur sehr unregelmässig und selten (Urk. 10/18). Schliesslich musste der Beschwerdeführer gar gemahnt werden, da er sich trotz Terminvereinbarung mit der Gutachterin vorerst einer ärztlichen Begutachtung entzog (Urk. 10/23/1, Urk. 10/24). Dieses Verhalten deutet darauf hin, dass der Beschwerdeführer nicht seinen ganzen Willen aufbrachte, die Einschränkung seiner Erwerbsfähigkeit zu vermindern respektive seine verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten. Auch aus dieser Optik besteht kein Anlass, die Einschätzungen der Expertin in Frage zu stellen.

4.5.1.1.1.1.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das ärztliche Gutachten von Dr. D. \_\_\_ vom 10. Oktober 2007 (Urk. 10/27) umfassend ist und sowohl die geklagten Beschwerden als auch die medizinische Aktenlage berücksichtigt. Die Gutachterin

untersuchte den Beschwerdeführer selber, lieferte eine eigene Einschätzung der Situation und beantwortete in nachvollziehbarer Weise die Fragen der IV-Stelle. Damit erfüllt das Gutachten sämtliche Kriterien, denen ein beweistaugliches Gutachten zu genügen hat (siehe Erw. 2.5). Es ist daher eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage. Die Einschätzungen der Ärzte Dr. B. und Dr. E. vermögen nach dem Gesagten diejenigen der Expertin Dr. D. nicht in Frage zu stellen, und es besteht für die beantragten weiteren medizinischen Abklärungen keine Veranlassung. Da eine bloss vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 20 % ohnehin nicht rentenbegründend wäre, ist entsprechend dem Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auf die Dauer auch für anspruchsvollere und damit für sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeiten (Autoersatzteileverkäufer [zweijährige Lehre 1992-1994 mit Fähigkeitsausweis, Urk. 10/27/3], Lagerist, Verkäufer Werkzeugabteilung, Paketpostverteilung [s. Expertise, Urk. 10/27/3-5]) 100 % arbeitsfähig ist.

5. Nach dem Gesagten besteht beim Beschwerdeführer kein Gesundheitsschaden, der sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt, weshalb kein Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung gegeben und demnach die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

6. 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 IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

7. Da der Beschwerdeführer seit längerem fürsorgeabhängig ist (vgl. Bestätigung der Stadt Dietikon vom 8. Januar 2008, Urk. 18/1-3) und der Prozess nicht zum vornherein aussichtslos war, sind die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gegeben (Urk. 8 und Urk. 18). Seinem Gesuch vom 13. Juni 2007 ist deshalb zu entsprechen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 13. Juni 2007 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsdienst Integration Handicap
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.