

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01427 vom 15. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01427

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01427 du 15 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01427 del 15 settembre 2009

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 12. Oktober 2007 erging (vgl. Urk. 2), 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 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, 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 Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung 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 Erw. 2.2.3 in fine). 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).

1.4 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben 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 (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.5 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).

E. 2

2.1 Die IV-Stelle verneinte den Rentenanspruch im Wesentlichen unter Hinweis auf das Ergebnis der medizinischen Abklärungen mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und - auch unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen im Umfang von 10 % - in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (vgl. Urk. 2 S. 2).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die IV-Stelle habe zu Unrecht auf das - mangelhafte - Gutachten des Begutachtungsinstituts V. ___ vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58) abgestellt. So wirkten sich zusätzlich zu den von den Experten berücksichtigten gesundheitlichen Defiziten auch

der pathologische Defekt des Labrums und die psychische Symptomatik einschränkend auf seine Leistungsfähigkeit aus. Überdies seien ihm angesichts der degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule nicht nur schwere Überkopfarbeiten, sondern selbstredend auch das Tragen schwerer Lasten erfordernde Tätigkeiten nicht mehr möglich, was sich erhöhend auf den Invaliditätsgrad auswirke. Unklar sei sodann, ob die Ärzte des Begutachtungsinstituts V. ___ bei der von ihnen festgestellten Zumutbarkeit einer leichten körperlichen Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten von einer ganzständig konstant vollwertigen oder aber einer im Laufe des Tages abnehmenden Qualität der erbrachten Leistung ausgegangen seien. In Anbetracht der aufgrund der starken Beeinträchtigung des rechten Arms lediglich noch in einer leichten Arbeitstätigkeit ohne Überkopfarbeiten attestierten Arbeitsunfähigkeit sei er letztlich als funktionell Einarmiger zu behandeln (vgl. Urk. 1 S. 4). Aufgrund der mit der psychischen Störung verbundenen mindestens 50%igen Einschränkungen und der Tatsache, dass er keine Tätigkeiten, die Vibrationen oder Schläge im Bereich der rechten oberen Extremitäten mit sich brächten, mehr ausüben in der Lage sei, sei der auf dem Invalideneinkommen zu gewöhnliche leidensbedingte Abzug auf mindestens 15 % festzusetzen. Da unter Berücksichtigung all dieser Gegebenheiten und der Tatsache, dass er tatsächlich ein höheres als das im IK-Auszug ausgewiesene Nebenerwerbseinkommen erzielt habe, ein 40 % übersteigender Invaliditätsgrad resultiere, habe die IV-Stelle seinen Rentenanspruch zu Unrecht verneint (vgl. Urk. 1 S. 5 f.).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 2. bis 30. Oktober 2003 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Kantonsspitals U. ___, Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, im Austrittsbericht vom 7. November 2003 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 7/82 S. 50):

- Zervikobrachialgie rechts
- Status nach Distorsionstrauma Vorderarm rechts am 24. Juni 2003
- Skelettszintigraphie vom 7. Oktober 2003: Keine Hinweise für Algodystrophie
- MRI HWS vom 1. September 2003: Osteochondrose C5/C6 und C6/C7 mit leichter Retroosteophytenbildung, keine Spinalkanalpathologie
- Kongenitale Angiodysplasie
- kavernöses Hämangiom
- Schulter, Oberarm und Handgelenk radial rechts und Knie links
- Fehlf orm und -haltung der BWS
- Hypomobilität der gesamten BWS
- Rundrücken

Seit dem Unfall vom 24. Juni 2003, bei dem es dem Beschwerdeführer wegen des Blockierens der von ihm bedienten Bohrmaschine den rechten Arm verdreht habe, leide er im gesamten rechten Arm bis hin zum Nacken unter Schmerzen, einem diffusen Wärmegefühl sowie Ameisenlaufen in den Fingern I und

III rechts. Druck auf die Muskeln im Bereich von Oberarm und Schultergürtel verstärkte die Schmerzen. Während die Beweglichkeit der HWS und Schulter frei und uneingeschränkt sei, gebe der Beschwerdeführer diffuse Schmerzen im Schulter-/Nackebereich an (vgl. Urk. 7/82 S. 50). Nachdem eine radikale Problematik gestützt auf das MRI der HWS vom 1. September 2003 (Urk. 7/9 S. 12) habe ausgeschlossen werden können, sei die Klinikeinweisung zur intensiven physikalischen Therapie erfolgt (vgl. Urk. 7/82 S. 51).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mangel struktureller Läsionen sei die Symptomatik als chronische Schmerzstörung, die sich möglicherweise nach dem Arbeitsunfall Ende Juni 2003 noch akzentuiert habe, zu interpretieren. Bis zum 23. November 2003 bestehe noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, daraufhin sei voraussichtlich eine Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich (vgl. Urk. 7/82 S. 51).

3.2 Ä Ä Ä Ä Am 22. Januar 2004 hielten die Ärzte des Kantonsspitals U.____, Rheumaklinik mit Institut für Physiotherapie und Poliklinik, fest, nachdem die im November und Dezember 2003 durchgeführten ambulanten Behandlungen anfänglich eine Besserung gebracht hätten, sei es - nach einem Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit als Gipser - anfangs Januar 2004 erneut zu einer massiven Verschlechterung gekommen. Für die vom Beschwerdeführer derzeit geklagten belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Arm lasse sich keine zervikogene Pathologie eruieren. Möglich sei, dass die bewegungs- und belastungsabhängige Symptomatik von der rechten Schulter ausgehe. Angesichts des Umstands, dass der Patient undifferenziert - bis in die Hand ausstrahlende - Schmerzen sowohl im Ober- als auch im Vorderarm angebe, könne die Problematik nicht eindeutig zugeordnet werden (vgl. Urk. 7/82 S. 39). Erschwert werde die Beurteilung auch durch die zudem bestehenden schmerzhaften angiodyplastischen Veränderungen. Diesbezüglich habe die im Rahmen des angiologischen Konsiliums erfolgte Duplexsonographie eine normale Durchblutung der Arme ergeben. Um abzuklären, inwieweit beim Distorsionstrauma vom 24. Juni 2003 die Schulter in Mitleidenschaft gezogen worden sei, sei eine Abklärung in der Orthopädischen Universitätsklinik Y.____ indiziert (vgl. Urk. 7/82 S. 40).

3.3 Ä Ä Ä Ä Nachdem sie den Beschwerdeführer am 26. April 2004 in der Schulter-/Ellbogensprechstunde untersucht hatten, stellten die Ärzte der Universitätsklinik Y.____, Orthopädie, am 8. Mai 2004 folgende Diagnose (vgl. Urk. 7/82 S. 31):

- Unklarer Schulterschmerz rechts, Verdacht auf AC-Arthrose

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Äberdies bestanden nachstehende Nebendiagnosen (vgl. Urk. 7/82 S. 31):

- Zervikospondylogenes Syndrom rechts

- Status nach Distorsionstrauma Vorderarm rechts vom 24. Juni 2003

- Osteochondrose C5/6, C6/7 ohne Spinalkanalpathologie

- Kongenitale Angiodysplasie mit kavernösem Hämangiom Schulter/Oberarm und Handgelenk rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch sei es am 24. Juni 2003 zu einer forcierten Innenrotation des rechten Armes gekommen; in der Folge habe der Patient unter Schmerzen gelitten,

jedoch noch zwei Wochen weitergearbeitet, bevor eine vierwöchige Hospitalisation erfolgt sei. Seit Klinikaustritt seien intermittierend - jeweils wenige Tage dauernde - Arbeitsversuche durchgeführt worden, ohne dass wieder eine längere Arbeitsfähigkeit als Gipser erreicht worden sei. Die Therapie habe sich bis anhin auf physikalische und analgetische Massnahmen beschränkt (vgl. Urk. 7/82 S. 31).

Der Patient, der seit der Kindheit an - hauptsächlich den rechten Oberarm betreffender - zunehmender Gefässmissbildung mit einer deutlichen Varicosis auch am rechten Handgelenk leide (vgl. Urk. 7/82 S. 31), weise ein unklares Schmerzsyndrom des rechten Arms auf (vgl. Urk. 7/82 S. 32).

Um eine die Schulter betreffende Problematik ausschliessen zu können, sei eine AC-Infiltration rechts geplant. Bezüglich der allgemeinen Symptomatik falle an sich ein vaskuläres Thoracic Outlet Syndrom in Betracht, entsprechende Abklärungen erbrügten sich allerdings angesichts des Ergebnisses des von den Ärzten des Kantonsspitals U. durchgeführten angiologischen Konsiliums (vgl. Urk. 7/82 S. 32).

Am 14. Juli 2004 berichteten die Ärzte der Universitätsklinik Y., Orthopädie, der Patient leide weiterhin unter unklaren Schulter-/Armschmerzen rechts bei ausgeprägter venöser Gefässdysplasie. Die Schmerzen träten bei Belastung des Arms auf und strahlten bis in die ersten drei Finger und in die gesamte rechte obere Thoraxapertur aus. Weder die AC-Gelenksinfiltration noch die subakromiale Infiltration hätten eine Beschwerdeverbesserung gebracht. Zum definitiven Ausschluss einer Schultergelenkspathologie sei ein Arthro-MRI indiziert. Sofern dieses - wie bereits das MRI der HWS vom 1. September 2003 (Urk. 7/9 S. 12) - keine schlüssigen Befunde liefere, sei eine Abklärung durch den Gefässspezialisten angezeigt (vgl. Urk. 7/82 S. 23).

Das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 25. August 2004 ergab gemäss den Radiologen der Universitätsklinik Y. einen Defekt des Labrum glenoidale vorne unten, eine Bizeps-Tendinopathie sowie eine intakte Rotatorenmanschette (vgl. Urk. 7/90 S. 5).

Am 30. August 2004 hielten die Ärzte der Universitätsklinik Y., Orthopädie, fest, auch das Arthro-MRI vom 25. August 2004 (Urk. 7/90 S. 5) zeige keine pathologischen Veränderungen im Bereich des rechten Schultergelenks. Die oberflächlich zu erkennenden venösen Gefässzeichnungen und die Hautveränderungen über dem Schultergelenk, dem Oberarm und dem Ellbogengelenk erinnerten an das Klippel-Tränaunay-Syndrom. Eine Therapieempfehlung betreffend das rechte Schultergelenk könne nicht abgegeben werden. Es sei eine Abklärung durch den Gefässspezialisten angezeigt (vgl. Urk. 7/9 S. 9).

Dr. med. Z., Fachärztin FMH für Innere Medizin, hielt am 23. September 2004 fest, es bestehe eine schmerzbedingte Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms für fast alle Verrichtungen. Die Genese der Beeinträchtigung sei nach wie vor unklar; in Betracht falle eine Zunahme der - bereits angeboren vorhandenen - angiodysplastischen Veränderungen der rechten oberen Extremität beziehungsweise eine Verschlimmerung des Zustands durch ein Minitrauma an der rechten Hand am 24. Juni 2003. Nach dem fraglichen Ereignis sei es ab dem 4. August 2003 zu einer - weiterhin anhaltenden - 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen, wobei sämtliche seither

durchgeführten Arbeitsversuche gescheitert seien. Der Gesundheitszustand sei stationär; die Belastbarkeit des rechten Arms lasse sich derzeit nicht verbessern. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt (vgl. Urk. 7/9 S. 1).

 Am 19. September 2004 hatte Dr. Z.____ dem Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit ganztags attestiert (vgl. Urk. 7/9 S. 17).

3.8 Die Ärzte des Kantonsspitals U.____, Rheumaklinik mit Institut für Physiotherapie und Poliklinik, stellten am 5. Oktober 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/10 S. 5):

- Belastungsabhngige Armschmerzen rechts, bestehend seit Juni 2003
- Status nach Distorsionstrauma des rechten Arms am 24. Juni 2003
- degenerative Veränderungen der HWS (Osteochondrose C5/6 und C6/7) ohne Spinalkanalpathologie
- kongenitale Angiodysplasie mit kavernösem Hämangiom Schulter/Oberarm und Handgelenk rechts

 Als Gipser bestehe seit dem 11. Juli 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei seitens der Klinik ab dem 24. November 2003 eine Reintegration in den Arbeitsprozess mit 50%iger Arbeitsfähigkeit empfohlen worden sei und dem Beschwerdeführer ab dem 5. Januar 2004 erneut eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Nach dem Scheitern eines Arbeitsversuchs sei dem Patienten vom 7. Januar bis 28. Februar 2004 wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden (vgl. Urk. 7/10 S. 5).

 Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Indizierte seien einerseits berufliche Massnahmen und andererseits ergänzende medizinische Abklärungen sowohl durch den Orthopäden als auch durch den Gefässspezialisten (vgl. Urk. 7/10 S. 5).

3.9 Die vom 24. Januar bis 15. Februar 2005 durchgeführte berufliche Abklärung in der Abklärungs- und Ausbildungsstätte W.____ ergab gemäss Schlussbericht vom 24. Februar 2005 (Urk. 7/22) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten und insbesondere den rechten Arm nicht belastenden leidensangepassten Tätigkeit (keine Einwirkungen von Vibrationen oder Schlägen auf die rechte obere Extremität, keine Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungspotential, linksseitige Ausführbarkeit allfällig körperlich belastender Arbeiten; vgl. Urk. 7/22 S. 7). Dass sich die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit mittels beruflicher Massnahmen mittel- oder langfristig über 50 % steigern lasse, erscheine als unwahrscheinlich (vgl. Urk. 7/22 S. 8).

 Als zumutbare Tätigkeit fielen einfachste Hilfsarbeiten (beispielsweise Konfektionieren, Rsten, Abfllen oder Speditieren), einfache - vorwiegend einhändig ausfhbare - Maschinenbedienarbeiten an eingerichteter Maschine (beispielsweise Press- oder Verschweissarbeiten) und einfache Überwachungs- und Kontrollarbeiten von Maschinenstrassen in Betracht. Anzumerken sei, dass der Beschwerdeführer mit seinem gesunden Arm auch grössere Gewichte zu heben oder tragen in der Lage sei (vgl. Urk. 7/22 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ungeeignet seien Arbeiten, die vollste Konzentration beziehungsweise die Übernahme von Verantwortung erforderten. Die Konzentration sei schmerzbedingt eingeschränkt und nehme im Laufe des Tages ab. Insofern würde der Beschwerdeführer lieber eine Arbeit, der er frühmorgens nachgehen könne (beispielsweise Zeitungsverträgen), als eine abendliche Tätigkeit ausüben. Angesichts seiner geringen intellektuellen Ressourcen seien dem Beschwerdeführer ausschliesslich einfache Hilfsarbeitertätigkeiten möglich. Insofern könne als berufliche Massnahme einzig eine längere Einarbeitungszeit empfohlen werden (vgl. Urk. 7/22 S. 8)

3.10 Ä Ä Nachdem sie den Beschwerdeführer im Rahmen eines vom 4. bis 8. Dezember 2006 erfolgten stationären Aufenthalts internistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte des Begutachtungsinstituts V. in ihrem Gutachten vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/58 S. 22):

- Persistierende Brachialgie rechts bei
- Status nach Rotations-/Torsionsstrauma des rechten Arms am 24. Juni 2003
- Bizeps longus Tendopathie (MRI 25. August 2004)
- Rückläufige Zervikalgie bei Osteochondrose C5/C6 und C6/C7
- Dissoziative Störung, gemischt (=Konversionsstörung)
- Differentialdiagnose: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 7/58 S. 22 f.):

- Kongenitale Angiodysplasie der oberen rechten Extremität mit kavernösem Hämangiom
- Störungen durch Tabak
- Status nach ossärem Ausriss Os naviculare rechts medial 1997 (anamnestisch)
- Status nach Fraktur Basis II Zehe rechts 1999 anamnestisch

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abweichend von der Beurteilung der Radiologen der Universitätsklinik Y. vom 25. August 2004 sei man zum Schluss gelangt, dass kein Defekt des Labrum glenoidale rechts vorliege. Indes weise die HWS degenerative Veränderungen auf, die regelmässige und schwere Überkopfarbeiten unzumutbar machten. Im Vordergrund des Beschwerdebilds stehe ganz eindeutig die - zwei Wochen nach dem Ereignis vom 24. Juni 2003 aufgetretene (vgl. Urk. 7/58 S. 26) - Konversionsstörung, die sich etwa in elektrischen Sensationen und Parästhesien im ganzen rechten Arm sowie einem Kraftlosigkeits- und Fremdkörpergefühl betreffend ebendiesen Arm manifestiere. Ursache der Konversionssymptomatik mit dissoziativen Symptomen sei offenbar der relativ geringfügige Unfall, der - auch gemäss Angaben des Exploranden - erhebliche Ängste ausgelöst habe (vgl. Urk. 7/58 S. 23 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In therapeutischer Hinsicht stehe - nach entsprechender Motivation des Patienten, der seine Problematik ausschliesslich auf somatischer Ebene sehe - eine psychiatrische Behandlung im Vordergrund. Zudem sei eine Infiltration im Bereich des Sulcus der Bizeps longus-Sehne zu empfehlen. Überdies erscheine es sinnvoll, den

Beschwerdeführer bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle zu unterstützen (vgl. Urk. 7/58 S. 24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Tätigkeit als Hilfgipser sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 24. Juni 2003 (vgl. Urk. 7/58 S. 25) zu 30 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 7/58 S. 24). Während sich die angegebenen Schulter-/Armschmerzen nicht objektivieren liessen, zeitigen die degenerativen Veränderungen der HWS insofern eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als regelmässige und schwere Überkopparbeiten nicht mehr möglich seien (vgl. Urk. 7/58 S. 25). Aus der Konversionsstörung resultiere in einer Verweisungstätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/58 S. 25), allerdings sei die fragliche Symptomatik derzeit noch nicht derart ausgeprägt und fixiert, dass sie bei zumutbarer Willensanstrengung unüberwindbar wäre (vgl. Urk. 7/58 S. 24).

3.11 Ä Ä Nach Kenntnisnahme des Gutachtens des Begutachtungsinstituts V. ___ vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58) hielt Dr. Z. ___ am 6. März 2007 fest, angesichts des Umstands, dass die angestammte Tätigkeit als Gipser mit - dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbaren - dauernden Überkopfbewegungen verbunden sei, erscheine eine Berufsberatung seitens der IV-Stelle als sinnvoll (vgl. Urk. 7/63).

3.12 Ä Ä Die Kardiologen des Kantonsspitals U. ___, Medizinische Klinik, hielten am 8. Juni 2007 fest, der gesundheitliche Zustand sei besserungsfähig. Mittels medizinischer Massnahmen lasse sich die Arbeitsfähigkeit noch verbessern; diesbezüglich sei eine Gesamtbeurteilung durch einen versicherungsmedizinischen Spezialisten erforderlich (vgl. Urk. 7/84 S. 4). Wahrscheinlich hätten psychosoziale Faktoren, die möglicherweise somatisiert würden, Einfluss auf die Gesundheit und/oder die Arbeitsfähigkeit des Patienten (vgl. Urk. 7/84 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrem Bericht vom 21. Juni 2007 (Urk. 7/84 S. 7-9) stellten die Kardiologen des Kantonsspitals U. ___, Medizinische Klinik, die den Beschwerdeführer vom 6. bis 9. Januar 2007 wegen unklarer Thoraxschmerzen stationär behandelt hatten, folgende Diagnosen (vgl. Urk. 7/84 S. 7):

- Atypische Thoraxschmerzen seit Monaten
- Kongenitale Angiodysplasie mit Hämangiomen an Schulter, Oberarm und Handgelenk radial rechts Knie links seit Kindheit
- Zervikobrachialgie rechts und BWS-Fehlhaltung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ursache der geklagten Thoraxschmerzen habe nicht eruiert, ein Herzinfarkt indes ausgeschlossen werden können (vgl. Urk. 7/84 S. 7). Aufgrund der am 15. Januar 2007 durchgeführten Myocardperfusionsszintigraphie habe eine Durchblutungsstörung ausgeschlossen werden können; die Doppler-Echokardiographie vom 18. April 2007 habe ebenfalls unauffällige Befunde gezeitigt (vgl. Urk. 7/84 S. 8). Abgesehen von einer Sistierung des Rauchens seien aus kardialer Sicht weder weitere Abklärungen noch therapeutische Massnahmen indiziert; die Prognose sei ausgezeichnet (vgl. Urk. 7/84 S. 8), eine objektivierbare Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Es hätten sich jedoch eine ausgeprägte Beinschwäche bei Belastung und eine kongenitale Angiodysplasie mit Hämangiomen an Schulter, Armen und Knie gezeigt, die teilsweise für eine verminderte Leistungsfähigkeit sein könnten, wobei die diesbezügliche Beurteilung einem auf Angiologie spezialisierten Arzt obliege (vgl. Urk. 7/84 S. 7).

3.13. Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, gelangte in seiner am 27. September 2007 gestatteten Stellungnahme zum Schluss, dass der Beschwerdeführer entgegen den Ausführungen von dessen Rechtsvertreter keinen Herzinfarkt erlitten habe und kein Anlass bestehe, die Beurteilung der Gutachter des Begutachtungsinstituts V. ____, vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58) in Frage zu stellen (vgl. Urk. 7/93 S. 4).

3.14. Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, bestätigte dem Beschwerdeführer am 11. Januar 2008 für die Zeit von Oktober 2007 bis und mit Januar 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und gab an, der Patient leide momentan an derart starken Schmerzen, dass er höchstens - und nicht ganztags - leichte Arbeiten, die keinen Einsatz des rechten Arms erforderten, auszuführen in der Lage sei (vgl. Urk. 13/1).

E. 4

4.1. Das Gutachten des Begutachtungsinstituts V. ____, vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58), auf das die IV-Stelle ihre Verfügung vom 12. Oktober 2007 (Urk. 2) im Wesentlichen stützte, äussert sich umfassend zu den vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, beruht auf internistischen (vgl. Urk. 7/58 S. 11), orthopädischen (vgl. Urk. 7/58 S. 12 ff.), neurologischen (vgl. Urk. 7/58 S. 15 ff.) und psychiatrischen (vgl. Urk. 7/58 S. 19 ff.) Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 7/58 S. 10, S. 12, S. 14, S. 15, S. 19) und erging in Kenntnis sämtlicher bis zum Begutachtungszeitpunkt von der IV-Stelle selbst eingeholter medizinischer Berichte sowie der von den Winterthur Versicherungen (Urk. 7/50) beigezogenen Akten (vgl. Urk. 7/58 S. 1 ff.). Um auf die Expertise abstellen zu können, muss sie überdies die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend darlegen sowie eine überzeugende Beurteilung der medizinischen Situation und begründete Schlussfolgerungen enthalten (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c), was nachfolgend zu präzisieren ist.

4.2. In ihrer Gesamtbeurteilung gelangten die Ärzte des Begutachtungsinstituts V. ____, zum Schluss, dass der Beschwerdeführer nicht nur unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer Natur leide, sondern auch eine - das Beschwerdebild gar dominierende (vgl. Urk. 7/58 S. 24) - psychische Störung aufweise. Wenn auch keiner der bis zur Begutachtung im Dezember 2006 (vgl. Urk. 7/58 S. 1) behandelnden Ärzte eine entsprechende Diagnose gestellt hatte, so lässt sich die von den Experten des Begutachtungsinstituts V. ____, festgestellte Konversionsstörung beziehungsweise somatoforme Schmerzstörung (vgl. Urk. 7/58 S. 22) mit den weiteren medizinischen Beurteilungen durchaus vereinbaren.

So brachten die diversen im Laufe der Zeit - ausschliesslich im Hinblick auf eine somatische Ursache der geklagten Symptomatik - durchgeführten fachärztlichen Abklärungen kein organisches Korrelat zutage, das die Beschwerden (jedenfalls im angegebenen Ausmass) zu erklären vermocht hätte (vgl. Berichte Kantonsspital U. ____, vom 7. November 2003 [Urk. 7/82 S. 50 f.], vom 22. Januar 2004 [Urk. 7/82 S. 39 f.] und vom 8. Juni 2007 [Urk. 7/84 S. 6], Berichte Universitätsklinik Y. ____, vom 8. Mai 2004 [Urk. 7/82 S. 31 f.], vom 14. Juli 2004 [Urk. 7/82 S. 3] und vom 30. August 2004 [Urk. 7/9 S. 9]). Davon, dass der Beschwerdeführer einen Defekt des

Labrums aufweise (vgl. Urk. 1 S. 4), wie am 25. August 2004 von den Radiologen der Universitätsklinik Y.____ gestützt auf das MRI vom nämlichen Datum angenommen (vgl. Urk. 7/90 S. 5), ist nicht auszugehen, wurde dieser Befund in der Folge doch von keinem Arzt bestätigt und schliesslich, nachdem die Orthopäden der Universitätsklinik Y.____ am 30. August 2004 - gerade gestützt auf das fragliche MRI (Urk. 7/90 S. 5) - pathologische Veränderung im Bereich des rechten Schultergelenks ausgeschlossen hatten (vgl. Urk. 7/99 S. 9), am 13. Februar 2007 von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V.____ - mit überzeugender Begründung - widerlegt (vgl. Urk. 7/58 S. 23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darauf, dass die angegebenen körperlichen Beschwerden weniger organischer Natur als vielmehr psychischer Genese seien, wiesen denn die Rheumatologen des Kantonsspitals U.____, indem sie sich die geklagte Symptomatik mit einer chronischen Schmerzstellung erklärten, schon am 7. November 2003 hin (vgl. Urk. 7/82 S. 51). Dass er unter einer - ihn gar wesentlich in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden - psychischen Stellung leide, anerkannte denn der Beschwerdeführer zwischenzeitlich auch selbst (vgl. Urk. 1 S. 6).

4.3 Ä Ä Ä Ä Betreffend die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Leistungsfähigkeit gingen die Gutachter des Begutachtungsinstituts V.____ davon aus, dass der Beschwerdeführer - aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS - nicht mehr in der Lage sei, regelmässige und schwere Überkopfarbeiten auszuführen, ansonsten aber in einem diesem Umstand Rechnung tragenden Tätigkeit aus somatischer Sicht ab sofort zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 7/58 S. 25). In Bezug auf die psychische Symptomatik nahmen die genannten Experten zwar - auch in einer Verweigerung - eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20 % an (vgl. Urk. 7/58 S. 25), hielten diese aber insofern für invalidenversicherungsrechtlich irrelevant, als es dem Beschwerdeführer gemäss ihrer Einschätzung durchaus möglich wäre, das psychogene Leiden bei zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden (vgl. Urk. 7/58 S. 24, S. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass mit der - durch die pathologischen Befunde im Halswirbelsäulenbereich bedingten - Einschränkung betreffend Überkopfarbeiten selbstredend auch die Unzumutbarkeit des Tragens schwerer Lasten dargetan wäre (vgl. Urk. 1 S. 4), kann angesichts der mit den beiden genannten Tätigkeiten einhergehenden, stark von einander abweichenden physiologischen Belastungen nicht gesagt werden. Unbegründet erweist sich auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, die Gutachter des Begutachtungsinstituts V.____ hätten sich nicht dazu geussert, ob sich ihre Zumutbarkeitsbeurteilung auf den ganzen (Arbeits-)Tag beziehe beziehungsweise ob von einem Leistungsabfall im Laufe des Tages auszugehen sei (vgl. Urk. 1 S. 4). Indem die Experten des Begutachtungsinstituts V.____ dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer adaptierten (keine regelmässigen und schweren Überkopfarbeiten mit sich bringenden) Tätigkeit eine "volle" Arbeitsfähigkeit attestierten (vgl. Urk. 7/58 S. 25), brachten sie nämlich klar zum Ausdruck, dass keine weitergehenden Einschränkungen als die explizit erwähnten bestehen, was denn aufgrund der somatischen Befunde - die keineswegs auf eine funktionelle Einarmigkeit schliessen lassen (vgl. Urk. 1 S. 4) - auch durchaus einzuleuchten vermag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlass zu Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachter des Begutachtungsinstituts V.____ geben auch die weiteren Arztberichte und der

Schlussbericht BEFAS vom 24. Februar 2005 (Urk. 7/25) nicht. So stützten sich die behandelnden Ärzte beziehungsweise die mit der beruflichen Abklärung betrauten Fachleute bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit - in Unkenntnis der schon seit Mitte 2003 bestehenden (vgl. Urk. 7/58 S. 26) psychischen Störung - im Wesentlichen auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers, die, wie dargelegt, im Wesentlichen mit der Konversionsstörung respektive somatoformen Schmerzstörung zu erklären sind. Betreffend den replicando eingereichten Bericht von Dr. B. ___ vom 11. Januar 2008 (Urk. 13/1) ist anzumerken, dass auch der genannte Arzt die darin von Oktober 2007 bis Januar 2008 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise die für die Folgezeit attestierte Teilarbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit nicht etwa mit physischen und/oder mit psychischen Befunden, sondern ausschliesslich mit den subjektiv empfundenen Schmerzen begründete, weshalb auch diese Beurteilung - sofern sie aus zeitlichen Gründen vorliegend überhaupt noch von Relevanz ist (zur zeitlichen Grenze der Überprüfungsbefugnis vgl. BGE 130 V 445 Erw. 1.2 mit Hinweisen) - diejenige der Ärzte des Begutachtungsinstituts V. ___ (Urk. 7/58) nicht in Frage zu stellen vermag.

Was die Überwindbarkeit der psychischen Störung betrifft, hielten die Experten des Begutachtungsinstituts V. ___ zu Recht fest, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen (vgl. Urk. 7/58 S. 24). So liegt weder eine psychische Komorbidität vor noch sind Hinweise auf einen sozialen Rückzug aktenkundig, und einer - von den Ärzten des Begutachtungsinstituts V. ___ für durchaus erfolgsversprechend gehaltenen (vgl. Urk. 7/58 S. 24) - psychiatrischen Behandlung hatte sich der Beschwerdeführer im Begutachtungszeitpunkt noch gar nie unterzogen. Da überdies die körperlichen Begleiterkrankungen, soweit sie überhaupt symptomatisch sind, keine erheblichen Beeinträchtigungen mit sich bringen, sind die rechtsprechungsgemäss für die Annahme eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens erforderlichen Kriterien (vgl. Erw. 1.3) beim Beschwerdeführer nicht erfüllt.

Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads - gestützt auf das beweiskräftige Gutachten des Begutachtungsinstituts V. ___ vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58) - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausging. Anlass zu weiteren medizinischen Abklärungen besteht nicht (vgl. Urk. 1 S. 2, S. 6).

E. 5

5.1 Gemäss Auskunft des Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer, der sich, nachdem ihm ab 4. August 2003 eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden war (vgl. Urk. 7/9 S. 1), Ende August 2004 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet hatte (vgl. Urk. 7/2), im - vorliegend relevanten (vgl. hierzu Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) - Jahr 2004 ohne Gesundheitsschaden als Gipser einen Monatslohn von Fr. 5'447.-- (vgl. Arbeitgeberbericht vom 13. August 2004 [Urk. 7/8 S. 2]) - mithin ein Jahreseinkommen von Fr. 70'811.-- - erzielt. Im Rahmen einer Nebenerwerbstätigkeit war der Beschwerdeführer zudem beim ___ AG angestellt, wobei er gemäss IK-Auszug (Urk. 7/74) von Juli bis Dezember 2001 ein Einkommen von Fr. 1'805.--, im Jahr 2002 ein solches von Fr. 9'790.-- und von Januar bis September 2003 ein solches von Fr. 5'882.-- generierte. Dass die IV-Stelle - ohne einen Arbeitgeberbericht einzuholen - ausgehend von den sich aus dem IK-Auszug für die Zeit zwischen Juli 2001 und September 2003 ergebenden Salären - von einem durchschnittlichen Monatslohn von Fr. 647.-- (Fr.

17'477.-- [Fr. 1'805.-- + Fr. 9'790.-- + Fr. 5'882.--] : 27 Monate [6 + 12 + 9]) ausging (vgl. Urk. 7/92 S. 1), ist nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung der zwischen 2003 und 2004 eingetretenen Nominallohnentwicklung von 0.9 % (vgl. Die Volkswirtschaft 7/8-2009, S. 91, Tabelle B10.2) ergibt sich für das Jahr 2004 ein Validennebeneinkommen von Fr. 7'834.-- (12 x 647.-- x 1.009). Dass die im IK-Auszug für die jeweiligen Jahre vermerkten Lohnbeträge - wie der Beschwerdeführer unsubstantiiert geltend machte (vgl. Urk. 1 S. 5) - nicht korrekt beziehungsweise zu tief sein sollten, erscheint nicht als überwiegend wahrscheinlich. Das hypothetische (Gesamt-)Valideneinkommen für das Jahr 2004 beträgt demnach Fr. 78'645.-- (Fr. 70'811.-- + Fr. 7'834.--).

5.2 Bei der Ermittlung des entsprechenden Invalideneinkommens ist auf den monatlichen Bruttolohn gemäss Anforderungsniveau 4 der zur Anwendung gelangenden LSE 2004 abzustellen. Der standardisierte monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer im privaten Sektor betrug im Jahr 2004 bei Ausübung von einfachen und repetitiven Tätigkeiten und einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'588.-- (vgl. LSE 2004, S. 53, Tabelle TA1). Unter Berücksichtigung der betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahr 2004 (vgl. Die Volkswirtschaft 7/8-2009, S. 90, Tabelle B9.2) resultiert Fr. 4'772.-- pro Monat respektive ein Jahreseinkommen von Fr. 57'264.--. Der von der IV-Stelle gewährte leidensbedingte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % (vgl. Urk. 2 S. 2) erscheint unter Berücksichtigung des Umstands, dass der - über das Schweizer Bürgerrecht verfügende (vgl. Urk. 7/43), im Jahr 2004 46-jährige, schon seit vierzehn Jahren für den selben (Haupt-)Arbeitgeber tätige (vgl. Urk. 7/8 S. 5) - Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit lediglich insofern eingeschränkt ist, als er keine regelmässigen und schweren Überkopfarbeiten mehr zu verrichten in der Lage ist (vgl. Urk. 7/58 S. 25), als angemessen (vgl. dazu BGE 129 V 472 Erw. 4.2.3). Aus dem Vergleich des - folglich mit Fr. 51'538.-- zu beziffernden - Invalideneinkommens und des Valideneinkommens von Fr. 78'645.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von rund (vgl. BGE 130 V 121) 34 %. Anzumerken ist, dass selbst unter Annahme eines um 50 % höheren durchschnittlichen Nebenerwerbseinkommens als im IK-Auszug ausgewiesen noch ein - rentenausschliessender - Invaliditätsgrad von 38 % resultierte. Die Verfügung der IV-Stelle vom 12. Oktober 2007 (Urk. 2) ist daher nicht zu beanstanden.

6. Mit Honorarnote vom 17. August 2009 (Urk. 18) machte der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers einen Aufwand von 5.95 Stunden und Barauslagen im Betrag von Fr. 40.10 geltend. Der verrechnete Zeitaufwand erscheint als angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 40.10 (je zuzüglich Mehrwertsteuer) ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 1'323.60 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

7. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 800.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die

Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.
3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Tomas Kempf, wird mit Fr. 1'323.60 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tomas Kempf
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Winerthur Columna
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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 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.