

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00933 vom 28. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00933

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00933 du 28 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00933 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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 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).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: 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

2.1. Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine Rente.

2.2. Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss ihren medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Paketbote gesundheitsbedingt nicht mehr möglich. Leichte angepasste Tätigkeiten wie zum Beispiel als Montagemitarbeiter, Mitarbeiter in der industriellen Produktion oder als Maschinenkontrolleur seien ihm aber zu 100 % zumutbar. Bei guter Gesundheit könnte er ein Einkommen von Fr. 73'927.00 erzielen. Ausgehend von einem Invalideneinkommen von Fr. 53'916.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'010.-- resp. ein Invaliditätsgrad von 27 % (Urk. 2).

2.3. Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, auf das Gutachten von Dr. G. ___ vom 20. April 2007 könne nicht entscheid-relevant abgestellt werden, da es nicht umfassend alle Aspekte aus verschiedenen vorliegend relevanten medizinischen Fachrichtungen beurteile und darin die Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes innerhalb des letzten guten Jahres nicht berücksichtigt sei. Mit dem Hausarzt, Dr. C. ___, sei davon auszugehen, dass zumindest seit Anfang 2004 auch in angepasster Tätigkeit eine 50%ige Einschränkung bestanden habe. Gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin ermittelten Angaben zum Validen- und Invalideneinkommen sowie bei einem Leidensabzug von 20 % resultiere ein Invaliditätsgrad, der über 70 % liege. Da die IV-Anmeldung am 18. Juli 2006 und somit noch unter altem Recht erfolgt sei, seien ihm rückwirkend ab Juli 2005 ganze IV-Renten zuzusprechen (Urk. 1 Seite 5).

E. 3

3.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Jahre 1984 unter einer offenen Lungen-Tuberkulose gelitten hatte, welche während sechs bis acht Monaten erfolgreich therapiert worden war (Urk. 8/16/4 und Urk. 8/16/7). Im Jahre 1996 wurde wegen eines chronischen Ulcus duodeni im D. ___ eine proximal selektive Vagotomie vorgenommen (Urk. 8/16/7 und Urk. 8/20/1). Vom 28. bis 29. Januar 1999 kam es wegen eines neu aufgetretenen Hustens mit zweimaligem Auswurf von blutigem Sekret zu einer Kurzhospitalisation im D. ___. Anlässlich der dort durchgeführten Untersuchungen fanden sich keine Hinweise auf einen Tumor. Eine Reaktivierung der bekannten Lungen-Tuberkulose konnte ausgeschlossen werden (Urk. 8/16/4-5). Am 26. Januar 2004 meldete sich der Beschwerdeführer wegen seit Oktober 2003 auftretender Rückenbeschwerden bei Dr. C. ___. Dem Ersuchen des Beschwerdeführers entsprechend, bescheinigte ihm Dr. C. ___ zuhanden der Arbeitgeberin, dass er keine Gewichte über 20 Kilogramm anheben und tragen könne (Urk. 8/16/9). Im März 2006 nahm Dr. F. ___ eine dermatologische Abklärung vor. Diese ergab eine Tinea pedis (vesikulöse Form), eine Tinea corporis, ein nummuläres sowie ein seborrhoisches Ekzem (Urk. 8/16/12). Ab August 2006 litt der Beschwerdeführer zunehmend unter Beschwerden des Bewegungsapparates (Urk. 3/5). Auf Veranlassung von Dr. C. ___ wurde am 3. September 2007 ein MRI der Halswirbelsäule durchgeführt, welches multisegmentale, degenerative Veränderungen mit Hauptbefund auf Höhe C6/7 in Form von Osteochondrosen mit akzessorischen Spondyl- und Unkovertebralarthrosen sowie einen Verdacht auf ein Oberlappeninfiltrat rechts, jedoch keine Hinweise auf eine Wurzelkompression zeigte (Urk. 8/27/9). Dr. C. ___ überwies den Beschwerdeführer in der Folge an den Rheumatologen Dr. J. ___, welcher den Beschwerdeführer am 27. November 2007 untersuchte und am 21. Dezember 2007 eine Verlaufskontrolle

durchgeführt (Urk. 8/27/7-8). Ausserdem fanden, ebenfalls auf Veranlassung von Dr. C.____, am 21. Oktober 2008 sowie am 4. und 17. November 2008 Abklärungsuntersuchungen in der K.____ statt (Urk. 11).

E. 3.2

3.2.1 Dr. C.____ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 14. August 2006 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine allgemeine körperliche Schwäche mit Kachexie-ähnlichem Erscheinungsbild bei Status nach Magenoperation wegen chronischem Ulcus mit Blutung sowie offener Lungentuberkulose und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diverse Hautveränderungen an. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 8/13/5). Er sei sowohl in der bisherigen als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit halbtags arbeitsfähig (Urk. 8/13/4).

In seinem Ergänzungsbericht vom 18. Dezember 2006 gab Dr. C.____ an, eine erste länger dauernde Arbeitsunfähigkeit habe am 5. März 1986 begonnen und bis 8. Juni 1986 gedauert. 1987 sei er vom 24. August bis 17. Oktober arbeitsunfähig gewesen. 1990, 1993, 1995 und 1996 hätten je kurzdauernde Arbeitsunfähigkeiten bestanden. Zwischen dem 4. November 1996 und dem 18. April 2002 habe er den Beschwerdeführer nicht gesehen. Am 24. Februar 2004 habe er ihm ab 1. Oktober 2003 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichtere Arbeiten bescheinigt. Der Beschwerdeführer sei für leichte Arbeiten wie Fahrdienste, Kurier, Innendienst zu 50 % arbeitsfähig. Es seien Physiotherapien durchgeführt worden (Urk. 8/16/3).

In seinem - im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 13. August 2008 hielt Dr. C.____ fest, dieser sei aufgrund seiner körperlichen Verfassung sicherlich nur in einer leichten Tätigkeit beschränkt einsatzfähig, was lebenslang so bleiben werde. Es seien weder entscheidende Verbesserungen noch Verschlechterungen zu erwarten. Hingegen sei der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers schlechter geworden. Er wirke depressiv, wie dies auch von Dr. J.____ bereits postuliert und anbehandelt worden sei. Wegen Nebenwirkungen sei damals die Therapie abgebrochen worden. Heute sei er der Meinung, dass er dem Beschwerdeführer eine psychiatrische Abklärung vorschlagen wolle, damit die Ursache des Leidens erkannt und gezielt behandelt werden könne. Neben der depressiven Stimmung und der intellektuellen Einschränkung müsse auch an eine hirnorganische Veränderung gedacht werden (Urk. 3/5).

3.2.2 Dr. G.____ führte in seinem - im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstatteten - Gutachten vom 24. April 2007 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit bei/mit leichter, auf Ventolin signifikant reversibler obstruktiver Ventilationsstörung, Status nach Lungentuberkulose (1986 [richtig: 1984]) und fortgesetztem Nikotinabusus (ca. 80 PY) sowie (2) lumbale Rückenschmerzen bei Fehlhaltung der Wirbelsäule und muskulärer Dysbalance bei hypotropher Muskulatur und Dekonditionierung und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) einen Status nach proximal selektiver Vagotomie bei chronischem Ulcusleiden 1996, (2) Hautveränderungen bei nummulärem und seborrhoischem Ekzem (Tinea pedis und Tinea corporis) sowie (3) ein normales Körpergewicht (Bodymassindex 22,3 Kilogramm pro Quadratmeter) an (Urk. 8/20/3). In einer schweren bis mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig.

Die bisher ausgeübte leichte Tätigkeit als Paketbote oder im Innendienst sei ihm zu 70 % bis 80 % zumutbar, das heisse während 2 x 3 Stunden pro Tag. Bei angepasster, wechselbelastender Tätigkeit mit Heben von Gewichten bis 20 Kilogramm sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig, und zwar seit der Aufgabe seiner bisherigen Tätigkeit am 31. Januar 2004. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers könne durch einen konsequenten Einsatz von Ventolin und einen Nikotinstopp sowie durch die Teilnahme an einem intensiven kontrollierten Rückengymnastikprogramm verbessert werden (Urk. 8/20/4).

3.2.3.4.1 Dr. J. ___ erhob in seinem Bericht an Dr. C. ___ vom 27. November 2007 (1) ein chronisches (anamnestisch seit etwa 20 Jahren gleichbleibendes) cervicospodylogenes Syndrom mit/bei thorakaler Hyperkyphose mit ausgeprägter statischer Haltungsinsuffizienz und mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit Betonung auf Höhe C6/7 ohne Zeichen einer Neurokompression (HWS-MRI vom 3. September 2007) sowie (2) einen Verdacht auf Operlappeninfiltrat rechts in der erwähnten MRI-Untersuchung (Urk. 8/27/8). Vordergründig bestehe beim Beschwerdeführer ein subjektiv stark beeinträchtigendes cervico-spondylogenes Syndrom, dem er bei seiner segmentalen Untersuchung nur mässig ausgeprägte Funktionsstörungen der mittleren HWS rechts gegenüber stellen könne. Den Funktionsstörungen liege eine deutliche Fehlform der Brustwirbelsäule bei erheblicher statischer Haltungsinsuffizienz zugrunde. Klare, wurzelgebundene Reiz- und Ausfallserscheinungen liessen sich nicht objektivieren. Eine relevante Schultererkrankung könne mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die rezente MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule habe ein fragliches Infiltrat im rechten Oberlappen ergeben, ein Befund, der aufgrund der klinischen Synopsis in Bezug auf die vorherrschenden Beschwerden wahrscheinlich ohne Bedeutung sei. Dieser Befund sei im Rahmen der hausärztlichen Sprechstunde in Bezug auf seine Dignität weiter abzuklären (Urk. 8/27/9).

3.2.4.1 Dr. med. L. ___ vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2007 fest, es sei gestützt auf das schlüssige Gutachten von Dr. G. ___ vom 20. April 2007 von einer 70 bis 80%igen Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit als Paketbote und von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit in körperlich leichter, angepasster Tätigkeit (wechselbelastend, ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltungen) auszugehen (Urk. 8/29/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 4. März 2008 stellte Dr. L. ___ vom RAD unter Bezugnahme auf die Beurteilung von Dr. J. ___ vom 27. November 2007 fest, dass dem Beschwerdeführer aus versicherungsmedizinischer Sicht unter Würdigung der aktuellen medizinischen Berichterstattung gesamthaft eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit als Paketbote und eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in körperlich leichter angepasster Tätigkeit möglich und zumutbar sei (Urk. 8/29/5).

3.2.5.1 In den Akten liegt im Weiteren der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht der K. ___ an Dr. C. ___ vom 8. Januar 2009 (Urk. 11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darin wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine anhaltende

Schmerzstörung im Rahmen einer langjährig chronischen Schmerzproblematik bei mehreren somatischen Krankheiten diagnostiziert (Urk. 11 Seite 1). Aufgrund der beim Beschwerdeführer festgestellten raschen Ermüdbarkeit, der Antriebsstörung, der verminderten Stresstoleranz und der kognitiven Einschränkung bestehe zur Zeit eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Die Lebensqualität sei aktuell sehr gering. Bei ausgeprägtem sozialem Rückzug, maladaptiver kognitiv-affektiver Krankheitsverarbeitung (katastrophisieren, Gefühle von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit) und psychischen Stressoren im familiären Umfeld sowie langjähriger Chronifizierung der Schmerz- und depressiven Symptomatik sei die Prognose als ungünstig zu beurteilen (Urk. 11 Seite 3). Es sei eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung indiziert (Urk. 11 Seite 1).

E. 3.3

3.3.1.1 Das Gutachten von Dr. G. ___ vom 24. April 2007 (Urk. 8/20) basiert auf eigenen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sowie mit seinem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten von Dr. G. ___ kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.6). Dass er nicht über einen Fachausweis in Rheumatologie verfügt, ändert daran - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 Seite 4) - nichts, galt es doch im Wesentlichen, internistische Befunde abzuklären. Ausserdem sind Internisten erfahrungsgemäss durchaus in der Lage, rheumatologische Krankheitsbilder zu erkennen und zu beurteilen (vgl. auch Erwägung 3.3.3).

3.3.2.1 Dr. G. ___ stellte im Wesentlichen fest, dass die chronisch obstruktive Lungenkrankheit bei Status nach Lungentuberkulose im Vordergrund stehe. Funktionell liege eine leichte obstruktive Ventilationsstörung vor, welche auf Ventolin-Applikation signifikant reversibel sei. Es bestehe ein fortgesetzter Nikotinabusus von 20 Zigaretten täglich. Eine antiobstruktive Therapie mit Ventolin werde nicht durchgeführt. Die möglichen Ressourcen zur Verbesserung der Leistungs- resp. Arbeitsfähigkeit würden nicht ausgeschöpft. Im internistisch-rheumatologischen Status weise der Beschwerdeführer eine Fehlhaltung der Wirbelsäule auf. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei gegen Widerstand in allen Richtungen um einen Drittel eingeschränkt. Objektivierbare Befunde für eine Diskushernie oder Kompression der Nervenwurzeln fehlten. Als Ursache der lumbalen Rückenschmerzen kämen am ehesten die muskuläre Dysbalance bei hypotropher Muskulatur und Dekonditionierung in Frage. Über die bisher durchgeführten therapeutischen Massnahmen wie Physiotherapie und Einsatz sowie Dauer der analgetischen Therapie würden vage, teils widersprüchliche Angaben gemacht. So habe er anlässlich der von ihm am 3. April 2007 durchgeführten Untersuchung Angaben über die Medikamente (Aulin, Aspegic, Celebrex) gemacht, welche er jeweils bei Rücken- und Kopfschmerzen täglich einnehme und die eine Schmerzlinderung bewirkten. Bei der ambulanten Abklärung im Gefässzentrum des M. ___ werde in der Anamnese aber vermerkt, dass er seit einer Woche keine Medikamente mehr einnehme, da diese nichts nützten. Ein Heim-Rückengymnastik-Programm werde nicht durchgeführt (Urk. 8/20/3). Mit den objektiv erhebbaren Untersuchungsbefunden

können das Ausmass und die Intensität der angegebenen Rücken- und Kopfschmerzen nicht nachvollzogen werden. Die divergierenden Aussagen des Beschwerdeführers verstärkten den Eindruck für ein selbstlimitierendes Verhalten (Urk. 8/20/4).

Die von Dr. G. ___ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht (100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere bis mittelschwere Tätigkeit, 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste, wechselbelastende Tätigkeit mit Heben von Gewichten bis 20 Kilogramm) steht mit diesen Feststellungen in Einklang und erscheint überzeugend. Mit Blick auf die von Dr. G. ___ erhobenen (weitgehend unauffälligen) klinischen Befunde (Urk. 8/20/2) und die (ebenfalls weitgehend unauffälligen) Ergebnisse der weiteren Abklärungen (Röntgen- und Laboruntersuchungen, Elektrokardiogramm [Urk. 8/20/2-3]) einerseits sowie den Grundsatz der Schadenminderungspflicht andererseits (vgl. Erwägung 1.4) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb es dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht nicht zumutbar (gewesen) sein sollte, nach Aufgabe seiner Tätigkeit bei der N. ___ am 31. Januar 2004 zumindest körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne Heben von Gewichten über 20 Kilogramm ganztags auszuüben. In Bezug auf die von ihm geklagten lumbalen Schmerzen gilt dies umso mehr, als diese auf eine muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung zurückzuführen sein dürften. Muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung können nämlich - in der Regel - durch entsprechendes Training behoben werden und sind daher bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), grundsätzlich ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2).

3.3.3 Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - keine Angaben, welche die im Gutachten von Dr. G. ___ vom 24. April 2007 vorgenommene Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu widerlegen vermöchten. Sodann finden sich darin insbesondere auch keine objektiven Anhaltspunkte dafür, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung im April 2007 bis zum Erlass der - rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 Erw. 1.2 mit Hinweisen) - Verfügung vom 31. Juli 2008 (Urk. 2) massgeblich verschlechtert haben könnten.

Zu den genannten Berichten von Dr. C. ___ vom 14. August und 18. Dezember 2006 sowie vom 13. August 2008 (Urk. 8/13/1-5, Urk. 8/16 und Urk. 3/5) ist zu bemerken, dass er als Hausarzt aufgrund seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung geneigt sein dürfte, in Zweifelsfällen eher zugunsten des Beschwerdeführers auszusagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass er bei seiner Beurteilung massgeblich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Er hat jedenfalls keine objektiven Befunde und Diagnosen erhoben, welche seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer für leichte Tätigkeiten lediglich zu 50 % arbeitsfähig ist, nachvollziehbar erscheinen lassen würden. In seinem Bericht an dessen Rechtsvertreterin vom 13. August 2008 wies er denn auch selbst darauf hin, dass die somatischen Abklärungen keine objektivierbaren korrelierenden Befunde für die vom Beschwerdeführer geklagten zunehmenden Beschwerden des Bewegungsapparates sowie

für die chronische Müdigkeit und die Kopfschmerzen ergeben hätten (Urk. 3/5).

Die vom Rheumatologen Dr. J. ____, bei welchem der Beschwerdeführer seit November 2007 zusätzlich in Behandlung stand, erhobenen objektiven Befunde (Urk. 8/27/9) sind weitgehend unauffällig und stimmen mit denjenigen im Gutachten von Dr. G. ____, vom 24. April 2007 (Urk. 8/20/2-3) im Wesentlichen überein. Insbesondere fand auch Dr. J. ____, keine objektiven Anhaltspunkte für wurzelgebundene Reiz- und Ausfallserscheinungen (Urk. 8/27/9). Dementsprechend diagnostizierte er ein chronisches cervicospondylogenes Syndrom, mithin einen blossen Schmerzzustand (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. August 2006 in Sachen P., U 58/06, Erw. 4.2.1, mit Hinweisen), wobei er dazu festhielt, dass der Beschwerdeführer dadurch zwar subjektiv stark beeinträchtigt werde; es hätten jedoch nur mässig ausgeprägte Funktionsstörungen der mittleren Halswirbelsäule festgestellt werden können. Eine relevante Schultererkrankung schloss er mit grösster Wahrscheinlichkeit aus, und den MRI-Befund vom 3. September 2007 (Verdacht auf Oberlappeninfiltrat rechts) betrachtete er aufgrund der klinischen Synopsis in Bezug auf die geklagten Beschwerden als wahrscheinlich bedeutungslos (Urk. 8/27/9).

Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Leidenszustände die Ausübung zumindest leichterer Tätigkeiten nicht ausschliessen (BGE 130 V 352 und 396, BGE 131 V 49 und BGE 132 V 65). Somit lassen auch die Feststellungen von Dr. J. ____, auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit schliessen, womit die gutachterliche Einschätzung bestätigt wird.

3.3.4. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass aus somatischer Sicht seit Januar 2004 für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

E. 3.4

3.4.1. Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betrifft, so lassen die Angaben im Bericht der K. ____, vom 8. Januar 2009 (Urk. 11) nicht auf das Vorliegen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Leidens (vgl. Erwägung 1.1) schliessen. Soweit es sich bei den darin erhobenen Befunden (Urk. 11 Seiten 2 und 3) überhaupt um objektiv-eigene ärztliche Feststellungen und nicht um die blosser Wiedergabe der vom Beschwerdeführer vorgetragene Befindlichkeiten handelt, erscheinen diese nämlich weitgehend unauffällig. Insbesondere wurde der Beschwerdeführer als im Bewusstsein klar und allseits orientiert beschrieben. Auffassungsstörungen seien nicht vorhanden, und es bestehe kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen sowie für Fremdaggressivität, ebenso wenig für eine akute Suizidalität. Im Weiteren wurde zwar bemerkt, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien gestört. Zum Ausmass dieser Störung wurden indessen keine Angaben gemacht. Ausserdem wurde auch die Feststellung, wonach anamnestische Hinweise auf rezidivierende depressive Episoden beständen (Urk. 11 Seite 3), nicht konkretisiert. In den medizinischen Akten findet diese Feststellung keine Stütze. Wohl bemerkte Dr. C. ____, in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 14. August 2006, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht in seiner Belastbarkeit eingeschränkt sei (Urk. 8/13/4). Dr. C. ____, sah sich aber

offensichtlich nicht dazu veranlasst, eine psychiatrische Abklärung oder gar Behandlung in die Wege zu leiten. Die Vornahme einer solchen schlug er dem Beschwerdeführer vielmehr erst im August 2008 und damit erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2008 (Urk. 2) vor (Urk. 3/5). Durchgeführt wurde die Abklärung in der Folge, wie erwähnt, am 21. Oktober sowie am 4. und 17. November 2009 in der K. _____. Zuvor hatte lediglich Dr. J. ____ Ende November 2007 einen Behandlungsversuch mit dem Medikament Cymbalta 60 mg, welches unter anderem als Psychopharmakum eingesetzt wird (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Duloxetine>), unternommen, wobei der Beschwerdeführer dieses Medikament aber wegen erheblicher Nebenwirkungen bereits nach einem Monat wieder abgesetzt hat (Urk. 11 Seite 2). Die seitens der Ärzte der K. ____ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11 [vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V {F}, 5. Auflage, Bern 2005 Seiten 145 f.]), überzeugt deshalb nicht.

Wenn der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - wie die Ärzte des K. ____ anzunehmen schienen (Urk. 11 Seite 3) - tatsächlich schon über eine längere Zeit hinweg derart schlecht gewesen wäre, resp. - wie der Beschwerdeführer geltend machte (Urk. 1 Seite 4) - sich seit seinem Einwand vom 14. Mai 2008 (Urk. 8/40) gegen den Vorbescheid vom 14. April 2008 (Urk. 8/32) massgeblich verschlimmert hätte, wäre es ihm aufgrund der Schadenminderungspflicht (vgl. Erwägung 1.4) ohne Weiteres zuzumuten gewesen, sich umgehend einer regelmässigen medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Dass die Einnahme des Medikamentes Cymbalta beim Beschwerdeführer offenbar erhebliche Nebenwirkungen verursacht hatte, ändert daran nichts. Das richtige Einstellen einer antidepressiven Medikation nimmt erfahrungsgemäss oft lange Zeit in Anspruch. Sodann treten gewisse Nebenwirkungen häufig nur zu Beginn auf, verschwinden aber im Verlaufe einer Behandlung wieder. Ausserdem wäre es dem Beschwerdeführer auch möglich und zuzumuten gewesen, sich ein anderes Psychopharmakum verschreiben zu lassen.

3.4.2 Nach dem Gesagten kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es dem Beschwerdeführer bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 Seite 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. Erwägung 1.4) zuzumuten gewesen wäre, seit Januar 2004 ganztags einer seinen somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C_468/2007, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

3.4.3 Sollte sich nach zumutbarer und intensiver medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung der im Bericht der K. ____ vom 8. Januar 2009 (Urk. 11) aufgeführten Störungsbilder zeigen, dass ein andauerndes psychisches Leiden mit Krankheitswert (vgl. Erwägung 1.1) persistiert, bleibt es dem Beschwerdeführer unbenommen, sich erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anzumelden.

4.1. Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

4.2. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157 mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 Erw. 4.4 S. 225). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 und Urteil I 750/04 vom 5. April 2006, E. 5.5) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes (vgl. Urteil U 454/05 vom 6. September 2006, E. 6.3.3 mit Hinweisen) erfolgen (BGE 134 V 322 Erw. 4.1 mit Hinweisen).

4.3. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

4.4. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass

versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

E. 4.3

4.3.1.1 Die Beschwerdegegnerin zog zur Bemessung des Invalideneinkommens den vom Beschwerdeführer gemäss den vorliegenden Auszügen aus dem Individuellen Konto (Urk. 8/12) im Jahre 1999 bei der N.____ erzielten Lohn von Fr. 66'086.-- heran, was vertretbar erscheint. Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung für Männer in den Jahren 2000 bis 2006 (2000: 1,2 %; 2001: 2,5 %, 2002: 1,6 %, 2003: 1,3 %, 2004: 0,9 % [Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2004, Tabelle T1.1.93 Seite 36], 2005: 0,9 %, 2006: 1,1 % [Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2006, T1.1.93 Seite 30] ergibt sich für das Jahr 2006 ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 72'619.--.

4.3.2.1 Zur Berechnung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die standardisierten Bruttolöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ab, welche in der Rubrik «einfache und repetitive Tätigkeiten» im Jahr 2006 im privaten Sektor bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'732.-- betragen, was bei Annahme einer betrieblichen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2006 (vgl. die Volkswirtschaft 5-2010, Tabelle B 9.2 Seite 86) ein Gehalt von monatlich Fr. 4'933.10 oder jährlich Fr. 59'197.20 (= Fr. 4'933.10 x 12) ergibt.

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt ist, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 19. März 2010 in Sachen E., 8C_190/2010, Erw. 3.4) sowie der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 25. Juli 2005 in Sachen N., I 174/05, Erwägung 2.7, mit Hinweisen), ebenso wenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung. Unter diesen Umständen erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug

genannten Positionen (3,83 Stunden plus 0,67 Stunden) gekürzte Aufwand von 6 Stunden erscheint angemessen.

Bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- und unter Berücksichtigung der Barauslagen von Fr. 63.-- resultiert demnach eine Entschädigung inklusive 7,6 % Mehrwertsteuer von Fr. 1'359.-- (6 Stunden x Fr. 215.20 = Fr. 1'291.20, Barauslagen: Fr. 63.-- plus 7,6 % Mehrwertsteuer = Fr. 67.80).

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten und der Auslagen für die unentgeltliche Vertretung verpflichten (vgl. § 92 des Gesetzes über den Zivilprozess [ZPO]).

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung der Gesuche vom 12. September 2008 und 21. Mai 2010 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwältin Marianne Ott, Winterthur, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt,

und 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. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Marianne Ott, Winterthur, wird mit Fr. 1'359.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Marianne Ott
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.