

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00539 vom 29. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00539

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00539 du 29 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00539 del 29 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Die 1969 geborene A. ____, Mutter zweier in den Jahren 1993 und 1995 geborener Kinder, verrichtete ab 1. April 1993 mit einem Pensum von 100 % Heimarbeit als Bestätzte (Urk. 8/4, 8/7, 8/11). Im April 1995 begab sich die Versicherte in die Behandlung des Dr. med. B. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen. Dieser diagnostizierte ein Panvertebralsyndrom bei Haltungsinsuffizienz, Hyperlaxität und muskulärer Dysbalance sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung und attestierte der Versicherten vom 17. Mai bis 31. August 1999, vom 12. Mai bis 15. September 2000 und vom 8. Oktober bis 31. Dezember 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %; ab Februar 2001 attestierte er noch eine solche von 50 % (Urk. 8/9). Wegen der krankheitsbedingten Ausfälle wurde das Heimarbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin per 31. Januar 2001 gekündigt (Urk. 8/11). Am 1. Februar 2001 trat die Versicherte eine 50%-Stelle als Sachbearbeiterin beim Unternehmen C. ____, an (Urk. 8/13). Am 30. Mai 2001 ging die vom 14. Mai 2001 datierende Anmeldung der Versicherten zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, ein (Urk. 8/7, Aktenverzeichnis zu Urk. 8). Gestützt auf die getätigten Abklärungen (Einholung von Berichten der Arbeitgeberin und behandelnden Ärzte, Durchführung einer Haushaltabklärung) verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 19. August 2002 bei einem nach der gemischten Methode bemessenen Invaliditätsgrad von 5 % einen Rentenanspruch (Urk. 8/38). Die dagegen gerichtete Beschwerde der Versicherten vom 18. September 2002 (Urk. 8/39), wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 28. März 2003 abgewiesen (Urk. 8/45 S. 2-9). Dabei erwog das Gericht, aufgrund der medizinischen Aktenlage können angenommen werden, dass die Versicherte bedingt durch notwendige Erholungsphasen zu 50 % arbeitsunfähig sei. Auch wenn angenommen werde, wie dies die Versicherte im Beschwerdeverfahren beantrage, dass sie ohne Gesundheitsschaden mit einem vollen Pensum erwerbstätig wäre, resultiere vor dem Hintergrund des nach Eintritt des Gesundheitsschadens aktuell erzielten Einkommens ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 31,14 % (Urk. 8/45 S. 8 [E. 3.3 und 3.4 des Urteils des hiesigen Gerichts vom 28. März 2003]). In der Folge blieb die Versicherte bis Ende Juli 2005 mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % beim Unternehmen C. ____, tätig (Urk. 8/51). Am 1. August 2005 trat sie bei der D. ____, GmbH eine Vollzeitstelle als Sachbearbeiterin und Empfangsmitarbeiterin an (Urk. 8/61).

1.2. Am 12. Dezember 2007 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf die Folgen einer Auffahrkollision, welche sich am 21. August 2006 ereignet hatte, erneut bei

erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: 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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. 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. Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen).

1.5 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).

1.6 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 256 E. 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 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.7. 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 E. 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 befriedigend 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 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1. Streitig und zu beurteilen ist, ob die Beschwerdeführerin nach vorangegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung aufgrund der Neuanmeldung vom 12. Dezember 2007 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

2.2. Die IV-Stelle erwog im angefochtenen Entscheid, ihre umfassenden medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege und der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht vollumfänglich zumutbar sei. Entsprechend werde das Leistungsbegehren abgewiesen (Urk. 2).

2.3. Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, sie leide nach wie vor unter den Folgen des am 21. August 2006 erlittenen Schleudertraumas der HWS. Aus dem Gutachten der Klinik E. ___ vom 16. Juli 2008 gehe hervor, dass seit dem Zeitpunkt der Begutachtung eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe, womit ein Invaliditätsgrad von 50 % ausgewiesen sei. Bis zur Begutachtung bestehe daher ein Anspruch auf eine ganze Rente, ab Juli 2008 sei eine halbe Rente auszurichten. Nicht abzustellen sei auf das psychiatrische Gutachten vom 27. April 2009; dieses sei nicht beweiskräftig und sei ausserdem rechtswidrig zustande gekommen, weshalb es nicht verwertbar sei (Urk. 1).

E. 3

3.1. Vorab ist die Rüge zu behandeln, das psychiatrische Gutachten vom 27. April 2009 sei rechtswidrig zustande gekommen, weil es die IV-Stelle unterlassen habe, dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin rechtzeitig mitzuteilen, dass eine weitere medizinische Abklärung angeordnet worden sei (Urk. 1 S. 8 ff.). Ausserdem sei das Gutachten nicht von Dr. med. F. ___, sondern von einer fachlich nur ungenügend

befähigten Assistenzärztin erstellt worden (Urk. 1 S. 10 ff.).

3.2. Gemäss Art. 37 Abs. 3 ATSG sind Mitteilungen von Versicherungsägern an die Vertretung einer Partei zu richten, solange die Partei ihre Vollmacht nicht widerrufen hat. Dieser Grundsatz dient im Interesse der Rechtssicherheit dazu, allfällige Zweifel zum vornherein zu beseitigen, ob die Mitteilungen an die Partei selber oder an ihre Vertretung zu erfolgen haben, sowie um klarzustellen, welches die für einen Fristenlauf massgebenden Mitteilungen sein sollen. Dies schliesst die Zustellung einer Kopie der Mitteilung an die vertretene Person nicht aus. Der Begriff der Mitteilung ist weit zu fassen und umfasst insbesondere auch Aufforderungen zur Mitwirkung und zur Gewährung des rechtlichen Gehörs oder Einladungen zu Abklärungsmassnahmen. Aus einer mangelnden oder fehlenden Eröffnung darf der betroffenen Partei kein Nachteil erwachsen (SVR 2009 UV Nr. 16 [Urteil 8C_210/2008 vom 5. November 2008] E. 3.2 mit Hinweisen).

Nach Art. 44 ATSG hat der Versicherungsäger der Partei den Namen des Sachverständigen bekanntzugeben, wenn ein Gutachten eingeholt werden muss; diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen. Diese Bestimmung bezweckt, dass vor einer Begutachtung allfällige gesetzliche Ausstands- und Ablehnungsgründe vorgebracht werden können (BGE 132 V 376 E. 7.3).

3.3. Vorliegend wird nicht geltend gemacht, dass gegenüber den begutachtenden Ärzten ein Ausstands- oder Ablehnungsgrund im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG bestanden hätte. Der Einwand der mangelnden fachlichen Kompetenz eines Experten, das heisst vorliegend der Assistenzärztin Dr. med. G., ist kein Ausstands- oder Ablehnungsgrund, sondern bei der Würdigung des Gutachtens in Betracht zu ziehen. Auch wenn richtig vorgegangen worden wäre, hätte dies im Ergebnis nichts geändert. Nachdem gegenüber den Dres. F. und G. keine Ausstands- oder Ablehnungsgründe geltend gemacht wurden, ist der Versicherten aus der fehlenden Mitteilung an ihren Rechtsvertreter kein Nachteil entstanden. Im übrigen ist eine Verletzung der in Art. 44 ATSG gewährten Mitwirkungsrechte rechtsprechungsgemäss heilbar (Urteil des Bundesgerichts U 145/06 vom 31. August 2007 E. 4 und 5; zum Ganzen vgl. auch etwa Urteile 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 4 und 8C_213/2010 vom 3. August 2010 E. 2).

E. 4

4.1. Sodann ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der Verweigerung einer Invalidenrente im September 2002 verbessert hatte, konnte sie doch ab 1. August 2005 vollzeitlich einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Gegenüber der medizinischen Situation, wie sie sich im September 2002 mit einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von 50 % präsentierte (vgl. dazu Urteil des hiesigen Gerichts in Sachen der Parteien vom 28. März 2003, E. 3 [Urk. 8/45 S. 7 f.]), stellt dies eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit dar. In der Beschwerde wird dieser Umstand nicht in Frage gestellt.

E. 4.2

4.2.1. Die erstversorgenden Ärzte des Spitals H. stellten am Unfalltag eine Druckdolenz der HWS, eine Klopfdolenz über der BWS, keine Prellmarken, allseits intakte Dens, seitengleiche Reflexe, eine weitgehend normale Beweglichkeit, eine normale Muskelkraft und keine sensiblen Defizite fest. Die Röntgenuntersuchung ergab keine pathologischen Befunde. Sie hielten fest, dass keine Bewusstlosigkeit bestanden habe; die

Patientin habe den Kopf im Kollisionszeitpunkt gerade gehalten und sei mit den Hinterkopf an der Kopfstirne angeprallt. Sodann berichteten sie, dass die Patientin über sofort aufgetretenen Schwindel und Übelkeit sowie über etwas verzögert aufgetretene Kopf- und Nackenschmerzen geklagt habe. Sie habe ausserdem angegeben, es seien sofort Kribbelparästhesien an der Hand und am Unterarm rechts aufgetreten. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten eine HWS-Distorsion Grad I gemäss Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation sowie eine BWS-Kontusion und attestierten für die voraussichtliche Dauer von fünf Tagen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/53 S. 93-97).

4.2.2.2. Dr. med. I. ____, Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin, berichtete am 9. Oktober 2006, aktuell leide die Patientin an täglichen, haubenförmigen Kopfschmerzen, welche von cervical nach frontal ausstrahlten und sich plötzlich hammerartig für wenige Minuten verstärken könnten. Dagegen nehme sie bis zu 6 Tabletten Acetalgin 500 mg täglich ein; gleichwohl würden die Kopfschmerzen nie ganz verschwinden. Die in den rechten Arm ausstrahlenden Kribbelparästhesien hätten sich seit dem Unfall zurückgebildet. Geblieben seien jedoch die Verspannungen und Muskelschmerzen entlang dem gesamten Schultergürtel und entlang der Brustwirbelsäule. Die Patientin leide an einem ausgeprägten cerviko- und thorakospondylogenen Syndrom nach HWS-Distorsion vor sieben Wochen. Die aktuelle Klinik zeige eine myofasziale Überreizung mit Bewegungs- und Berührungsschmerzen cervikokranial und auch entlang der BWS. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei schmerzbedingt sekundär eingeschränkt; radikuläre neurologische Ausfälle liessen sich keine finden. Die zusätzlich beklagten Kopfschmerzen und die verminderte Schlafdauer sowie -qualität liessen sich mit der aktuellen Klinik erklären. Aus rheumatologischer Sicht beurteile er die Patientin als zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/53 S. 88 f.).

4.2.3.3. Ein im Institut für Radiologie des Spitals J. ____, am 23. Oktober 2006 durchgeführtes MRI der Halswirbelsäule zeigte weder eine Diskushernie noch degenerative Veränderungen cervical und hochthorakal noch eine Neurokompression. Weiter wurde ein normales cervikales und hochthorakales Myelon gezeigt; Anhaltspunkte für posttraumatische Veränderungen konnten keine gefunden werden. Schliesslich wurden die musculoskelettalen Strukturen normal dargestellt; auch die Ligamente waren intakt (Urk. 8/53 S. 87).

E. 4.3

4.3.1. Im Rahmen der Begutachtung in der Klinik E. ____, wurde am 19. März 2008 eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt. Im Bericht von Dr. phil. K. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/SVNP und Verkehrspsychologin VfV und lic. phil. L. ____, vom 24. Juni 2008 wurde ausgeführt, aufgrund des Verlaufs der klinischen Untersuchung sei schwierig abzuschätzen, inwieweit die Explorandin in der Lage gewesen sei, sich in ihrer Schmerzsituation mit voller Motivation der Untersuchung zu widmen. Während der Testung hätten sich Inkonsistenzen gezeigt. Das Ergebnis eines Fragebogens zur Lebenszufriedenheit weise darauf hin, dass die Explorandin in ihrer jetzigen Situation emotional stark belastet sei. Sie habe dies auch im Gespräch geäußert und sei mehrmals in Tränen ausgebrochen, was die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung negativ habe beeinflussen können. Wenn die Motivation und die Schmerzen nicht berücksichtigt würden, ergebe die neuropsychologische Teildiagnostik ein mittelgradig

eingeschränktes kognitives Leistungsprofil. Sie seien indes überzeugt, dass das Leistungsniveau der Explorandin deutlich besser ausfallen sollte, wenn diese weniger Schmerzen habe und sich dadurch besser auf die Aufgaben fokussieren könne. Mit dem von ihr gezeigten Leistungsniveau müsste man ernsthafte Zweifel an ihrer Fahreignung hegen. Jedoch gebe sie selber an, gut Autofahren zu können und seit 2006 keinen Unfall mehr gehabt zu haben (Urk. 8/74 S. 42-48).

4.3.2 Am 19. März 2008 und 16. April 2008 wurde sodann eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in der Abteilung Ergonomie der Klinik E. durchgeführt. Im EFL-Bericht vom 18. April 2008 wurde festgehalten, dass das Ausmass der angegebenen Schmerzbeeinträchtigung mit den klinischen Befunden nur unzureichend erklärbar sei. Es würden sich Hinweise auf eine nicht organische Ursache der Beschwerden ergeben (4 von 5 möglichen Punkten im Waddell-Test). Die Explorandin sei auf ihre Schmerzen fixiert und zeige ein demonstratives Schmerzverhalten. Ihre Leistungsbereitschaft werde als fraglich beurteilt. Sie sei zwar bereit, ein gewisses Mass an unvermeidbaren Beschwerden zu tolerieren, breche jedoch die meisten Tests vor Erreichen der ergonomischen Limite ab, was als Selbstlimitierung interpretiert werden könne. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht. Da die EFL-Testung am ersten Tag wegen Fieber der Explorandin habe abgebrochen werden müssen, sei entschieden worden, dass nur noch der zweite Testtag zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werde. Infolge fraglicher Leistungsbereitschaft und erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der ergonomischen Tests des zweiten Tages für die Beurteilung der Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das physische funktionelle Leistungsmaximum habe nicht beobachtet werden können. Es sei zu vermuten, dass die Explorandin bei gutem Effort mehr hätte leisten können, als was sie bei den Test gezeigt habe. Daher müsse die Zumutbarkeit unter Berücksichtigung der Testbeobachtungen primär aus medizinisch-theoretischer Sicht erfolgen. Schliesslich wurde festgehalten, dass die Explorandin die bisherige Tätigkeit als Sachbearbeiterin/Mitarbeiterin Empfang und im Haushalt aus somatischer Sicht ohne Probleme im Wesentlichen bewältigen konnte (Urk. 8/74 S. 49-58).

4.3.3 Der neurologische Konsiliarius Dr. med. M. führte in seinem Teilgutachten vom 12. Juni 2008 aus, die 39-jährige Explorandin habe am 21. August 2006 bei einer Auffahrkollision ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma erlitten. Anamnestisch würden sich keine Hinweise auf eine zusätzliche commotio cerebri oder eine Kopfkontusion ergeben. Die Explorandin klagt seither trotz durchgeführter ambulanter und stationärer Behandlungen über anhaltende zervikozephalische Schmerzen linksbetont sowie eine zervikobrachiale Schmerzsymptomatik links mit Einschlafparästhesien im Armbereich links. Bereits vorgängig sei sie wegen eines Panvertebralsyndroms mit Zervikobrachialgie links mit sensibler Störung im Armbereich links seit 2000 in Behandlung gewesen. Bereits 2004 sei eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung durch Dr. med. N. erfolgt; dieser habe unauffällige neurologische Befunde erhoben und in der Medianusneurographie beidseits sowie in der Ulnarisneurographie links seien durchwegs normale Resultate gefunden worden. Die Provokationstests der oberen Thoraxapertur seien auch negativ gewesen; ein damals durchgeführtes MRI der HWS habe ebenfalls normale Befunde gezeigt. Auch ein nach dem Unfall durchgeführtes MRI der HWS habe insgesamt normale Befunde ohne Nachweis einer Myelopathie beziehungsweise einer Radikulopathie gezeigt. In der

aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung wÄ¼rden sich, abgesehen von einer etwas verÄ¼nderten BerÄ¼hrungsempfindung im Armbereich links mit leichter Hyperpathie, durchwegs normale Befunde finden lassen, insbesondere ein symmetrisches Reflexbild sowie negative Pyramidenzeichen. Die Provokationstests der oberen Thoraxapertur sowie der Medianuskompressionstest seien beidseits negativ. Weiter wurde ausgefÄ¼hrt, in der neuropsychologischen Untersuchung hÄ¼tten sich insgesamt leichte bis mittelschwere Defizite mit deutlichen Inkonsistenzen als Hinweis auf eine nicht-organische Ursache gezeigt. Zusammenfassend liessen sich aus neurologischer Sicht keine objektivierbaren Defizite beziehungsweise funktionellen EinschrÄ¼nkungen finden. Die von der Explorandin angegebenen SensibilitÄ¼tsstÄ¼rungen im Armbereich links mÄ¼ssten als nicht-organisch im Sinne einer somatoformen StÄ¼rung interpretiert werden. Diese wÄ¼rden seit mindestens sechs Jahren bestehen und seien somit bereits vor dem Unfall von 2006 vorhanden gewesen. Die EinschrÄ¼nkungen der KonzentrationsfÄ¼higkeit seien im Rahmen der chronifizierten Schmerzsymptomatik und der psychischen Problematik zu interpretieren; anamnestisch und klinisch wÄ¼rden sich keine Hinweise auf eine hirnorganische StÄ¼rung finden lassen. Aus rein neurologischer Sicht bestÄ¼nden keine EinschrÄ¼nkungen der funktionellen LeistungsfÄ¼higkeit sowie der ArbeitsfÄ¼higkeit (Urk. 8/74 S. 59-63).

4.3.4Ä Å Dr. med. O. ____, Leitender Arzt Psychosomatik an der Klinik E. ____, fÄ¼hrte in seinem Teilgutachten vom 15. Mai 2008 aus, es sei davon auszugehen, dass die Explorandin im Vorfeld des Unfalls vom 21. August 2006 zwar als psychisch gesund, doch vorbelastet zu gelten habe. Sie habe gemÄ¼ss eigenen Angaben zu "300 %" fÄ¼r die Firma D. ____, GmbH, welche sie gemeinsam mit ihrem Ehemann besitze und Ä¼ber etliche Jahre hinweg aufgebaut habe, gearbeitet. Sie habe angegeben, bei der Kindererziehung und im Haushalt durch Au-pair-MÄ¼dchen aus ihrer Heimat unterstÄ¼tzt worden zu sein. Man mÄ¼sse davon ausgehen, dass die Explorandin, bevor sie ihren Unfall erlitten habe, sehr leistungsorientiert und auch leistungsfÄ¼hig gewesen sei. HÄ¼chstwahrscheinlich habe sie Ä¼ber zahlreiche Jahre hinweg sowohl im privaten beziehungsweise familiÄ¼ren Bereich als auch in der Firma sehr viel geleistet und dÄ¼rft darauf zu Recht sehr stolz sein. Bevor sie verunfallt sei, habe die Explorandin sicherlich an den Grenzen der BelastungsfÄ¼higkeit gelebt, so dass es wenig verwundere, dass das Unfallereignis geeignet gewesen sei, sie aus der Bahn zu werfen. Rein auf kÄ¼rpermedizinischer Ebene lasse sich gut nachvollziehen, wie die Ursachen fÄ¼r die noch heute bestehenden multiplen Beschwerden im Unfallereignis zu finden seien. Durch den Unfall habe die Explorandin eine Traumatisierung der Nacken- und SchultergÄ¼rtelmuskulatur mit anhaltenden Schmerzen erlebt und habe schliesslich unter der Annahme einer leichten konstitutionell bedingten HyperlaxitÄ¼t aufgrund vorÄ¼bergehender schmerzbedingt verminderter muskulÄ¼rer Stabilisation in der HWS ein zwischenzeitlich lÄ¼ngst chronifiziertes und auch regional ausgeweitetes muskuloskelettales Beschwerdebild entwickelt. HÄ¼chstwahrscheinlich relativ bald nach dem Unfallereignis habe sich im Rahmen eines Anpassungsprozesses, wie er immer stattfindet, wenn unvorhergesehene Ereignisse zu Ä¼berwinden seien, eine AnpassungsstÄ¼rung entwickelt beziehungsweise hÄ¼tten sich die Coping-/Adaptionsmechanismen der Explorandin als Ä¼berlastet erwiesen. Relativ frÄ¼hzeitig dÄ¼rften sich VersagensÄ¼ngste etabliert haben und hÄ¼chstwahrscheinlich habe das Umfeld ebenso verunsichert reagiert wie im Lauf der Zeit auch zunehmend unverstÄ¼ndig. So genannte psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren hÄ¼tten an Bedeutung gewonnen. Zum Zeitpunkt der Begutachtung hÄ¼tten Sorgen, emotionale

Konflikte und Erwartungsängste lösten einen Prozess in Gang gesetzt, dessen Endstrecke im schlimmsten Fall eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und/oder eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom darstellen könnten. Zum Zeitpunkt der Begutachtung hätten sich keine Hinweise auf eine organische psychische Störung finden lassen, auch nicht im Sinne des sogenannten organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma; ein Kopfaufprall habe nicht stattgefunden, eine Bewusstlosigkeit sei nicht aufgetreten, eine antero- oder retrograde Amnesie im engeren Sinne sei nicht dokumentiert. Es hätten sich sodann keine Hinweise auf Störungen durch psychotrope Substanzen oder ein Leidensbild aus dem Formenkreis der Schizophrenie, der schizotypen oder wahnhaften Störungen finden lassen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe ein affektiver Zustand vorgeherrscht, welcher phänomenologisch den Kriterien einer leichten depressiven Episode entspreche, etiologisch, da eine Dauer von zwei Jahren noch nicht überschritten worden sei, im Sinne einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Enttäuschung) gemäss ICD-10 F43.23. Hinweise auf andere Störungen aus dem Kapitel der affektiven und/oder neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen hätten sich hingegen nicht finden lassen, insbesondere auch keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Sicher habe jedoch die histrionische Verarbeitung der primär organisch verursachten Schmerzen eine Rolle gespielt und diene der ständigen Alimentation des Circulus vitiosus einer somatopsychischen Dekonditionierung. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen im engeren Sinne hätten sich keine finden lassen, ausser dass so genannte psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei der Symptomunterhaltung wesentlich mitwirken würden. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung oder gar Persönlichkeitsdiagnose seien im Rahmen der Untersuchung nicht gefunden worden, wobei darauf hinzuweisen sei, dass spezifische testpsychologische Untersuchungen nicht durchgeführt worden seien. Rein dem klinischen Eindruck folgend sollte die Explorandin vor ihrem Unfall und auch heute noch von einem hohen Leistungsanspruch gekennzeichnet sein. Sie verfüge über wenig Fähigkeiten, es auch nur vorübergehend akzeptieren zu können, wenn nicht alles so laufe, wie sie es über Jahre hinweg gewohnt gewesen sei, nämlich dass adäquate Anstrengung prinzipiell und eventuell sogar unmittelbar von Erfolg gekrönt werde. Zu Beginn des Rehabilitationsprozesses dürfte die Explorandin - so Dr. O. ___ weiter - aus diesem Grund sich selbst und den Therapeuten zuviel abverlangt haben, so dass Frustration und die geschilderten, sich bald etablierten krankheitsunterhaltenden Prozesse die Folge gewesen seien. Im Rahmen der Begutachtung habe wie erwähnt kein spezifisches Persönlichkeitsprofil oder gar eine Störung diagnostiziert werden können, es habe sich lediglich ein Vulnerabilitätsmodell im Sinne einer Krankheitshypothese finden lassen. Es sei davon auszugehen, dass die Explorandin über eine gute Intelligenz verfüge. Hinweise auf Besonderheiten der kindlichen und juvenilen Entwicklung hätten nicht gefunden werden können, beziehungsweise es bestehe kein Verdacht auf eine entsprechende Entwicklungsstörung (Urk. 8/74 S. 80-82).

Dr. O. ___ hielt weiter fest, nachdem das psychiatrische Teilgutachten bereits ausgearbeitet gewesen sei, seien die ergänzenden Akten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich eingegangen. Diesen Akten sei zu entnehmen, dass die Explorandin bereits einmal über längere Zeit hinweg wegen eines rheumatologisch-orthopädischen Zustandsbildes krankgeschrieben gewesen sei und im

Rahmen der Abklärungen eine gründliche konsiliar-psychiatrische Untersuchung und kurzfristige Behandlung durchgeführt worden sei. Der Psychiater habe damals festgestellt, dass die Explorandin eventuell unter einer Zwangsstörung gemäß ICD-10 F42.1 gelitten habe. Obwohl er diese Diagnose auf dem Formular der Invalidenversicherung unter der Rubrik "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" aufgeführt habe, habe er festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei keine Krankschreibung erfolgt. Der im Zeitraum von September 2000 bis Januar 2001 erhobene Psychostatus lasse zwar den Verdacht auf eine damals bestehende Zwangssymptomatik zu, eine diagnostische Absicherung habe gemäß Akten nicht stattgefunden. Im aktuellen Psychostatus hätten sich wiederum Hinweise auf eine gewisse zwanghafte Komponente in Persönlichkeits- und Lebensstil der Explorandin finden lassen, doch das in Erfahrung Gebrachte habe für eine Bestätigung der damaligen Verdachtsdiagnose nicht ausgereicht. So wie 2001 die Diagnose nicht bewiesen worden sei, habe sie aktuell nicht ausgeschlossen werden können. Es bleibe bei einem Verdacht auf akzentuierte zwanghafte Wesenszüge, welche durchaus einen Faktor in der langjährig als belastet bezeichneten ehelichen Beziehung der Explorandin darstellen könnten. Die Befunde betreffend einer damals vermuteten Zwangsstörung seien knapp ein Jahrzehnt später so wenig ausgeprägt, dass trotz der nun zur Verfügung stehenden Akten darauf verzichtet werde, eine zusätzliche Nebendiagnose zu formulieren. Bereits während der Jahre 2001/2002 sei zudem der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung gemäß ICD-10 F54.4 formuliert worden. Dabei handle es sich um ein Krankheitsbild, welches in Folge des Unfallereignisses vom 21. August 2006 erneut an Bedeutung gewinnen könnten beziehungsweise sich aus den zurzeit bestehenden psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren entwickeln könnten (Urk. 8/74 S. 82 f.).

Dr. O. ___ stellte zusammenfassend folgende psychiatrische Diagnose (Urk. 8/74 S. 84):

"Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten ICD-10 F54 bei/mit

chronifizierten Symptomen eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas bei Verkehrsunfall (Heckkollision) am 21.08.2006

Ätiologisch Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Ärger) (ICD-10 F43.23) phänomenologisch einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) bereits übergehend in eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) entsprechend"

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. O. ___ aus, die aktuellen psychischen Störungen, die von den körperlichen letztlich nicht getrennt werden könnten, würden eine fortlaufende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bewirken. Die depressive Komponente dieser Störung rechtfertige eine marginale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 %. Aus psychiatrisch gewichteter interdisziplinärer (psychosomatischer) Sicht betrage die gesamte Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit aktuell circa 50 %. In einer den Beschwerden angepassten Verweistätigkeit sollte - so Dr. O. ___ weiter - die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht momentan bei rund 30 % liegen; die gesamte Arbeitsunfähigkeit (psychisch und somatisch) wäre dann aus Sicht des Psychiaters nicht zusätzlich verändert, also auch rund 30 % (Urk. 8/74 S. 89 f.).

4.3.5.5 Im Hauptgutachten vom 16. Juli 2008 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet (Urk. 8/74 S. 26):

"Psychologische Faktoren, Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten ICD-10 F54 bei/mit

chronifizierten Symptomen eines kleinen zervikalen Beschleunigungstraumas bei Verkehrsunfall am 21.08.2006

Ätiologisch Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Ärger) (ICD-10 F43.23)

phänomenologisch einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01)

bereits übergehend in eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) entsprechend Panvertebrales Schmerzsyndrom mit

ausgeprägter muskulärer Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz und Hyperlaxität (ICD-10 M54.8, M99.9 und M35.7)"

Es wurde sodann festgehalten, dass sich in den aktuellen konventionellen Röntgenaufnahmen unauffällige Verhältnisse der ossären Strukturen der Halswirbelsäule mit normalbreiten Zwischenwirbelsäulen, unauffällig weiten Neuroforamina und keine Hinweise für segmentale Instabilität gezeigt hätten. Auch im Bereich des linken Kniegelenks hätten unauffällige ossäre und artikulare Strukturen gefunden werden können. Im Bereich des Thorax hätten sich etwas verdickte zentrale und parazentrale Bronchialwände gezeigt, sonst hätten unauffällige Verhältnisse bestanden, pneumonische Infiltrate hätten nicht nachgewiesen werden können. Die aktuellen Laboruntersuchungen hätten unauffällige Werte für Hämatologie sowie Entzündungsparameter gezeigt (Urk. 8/74 S. 31).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Hauptgutachten sodann ausgeführt, aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin von aktuell 50 %. Auch für eine adaptierte Tätigkeit bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von circa 50 %. Die psychische Störung Sorge dafür, dass die körperlichen Symptome nicht genesen würden und umgekehrt. Es handle sich um ein psychosomatisches Beschwerdebild, dessen einzelne Aspekte sich gegenseitig bedingen und voneinander nicht getrennt werden könnten. Die aktuellen psychischen Störungen und sekundär auch somatischen Störungen würden eine fortlaufende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bewirken. Die bisherige Tätigkeit sei mit einem Pensum von 50 %, das heisse aktuell während mindestens vier Stunden zumutbar. In diesen vier Stunden sollte eine volle Leistung erbracht werden können. Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Unfallereignis vom 21. August 2006. Eine exakte Beurteilung, ob und in welchem Umfang der Explorandin eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei, sei wegen der effektiven Selbstlimitierung und den Inkonsistenzen bei den Tests nicht möglich. Man könne jedoch davon ausgehen, dass der Versicherten eine leichte wechselbelastende Tätigkeit halbtags zumutbar sei (Urk. 8/74 S. 33-38).

jedoch möglichst alle oder zumindest viele und/oder einzelne aussergewöhnlich schwere Symptome gefordert, um die zusätzliche Diagnose eines "somatischen Syndroms" stellen zu können. Bei der Explorandin sei aktuell kein "somatisches Syndrom" zu erkennen. Die Weiterführung der begonnenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie die kritische Überprüfung der aktuellen Psychopharmakotherapie werde empfohlen. Im Rahmen der Therapie sollte insbesondere auf die Widersprüche in der Präsentation der Störung eingegangen werden. Aus diesen Empfehlungen sei keine indirekte Annahme einer Minderung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten (Urk. 8/97 S. 9-13). Im Zusammenhang mit der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen führten die Gutachter aus, die im interdisziplinären Gutachten der Klinik E.____ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung sei nicht nachvollziehbar, da die Heckkollision, welche die Explorandin am 21. August 2006 erlitten habe, nicht als schwerwiegendes Ereignis einzustufen sei, das die Diagnose einer Anpassungsstörung rechtfertigen könnte. Die depressive Symptomatik sei anhand des Gutachtens ebenfalls nur unzureichend nachvollziehbar, da bei der Dokumentation des Psychostatus subjektive Angaben und objektive Befunde vermischt worden seien. Eine leichte depressive Episode sowie eine Dysthymie würden sodann keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen (Urk. 8/97 S. 15 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Minderung der Arbeitsfähigkeit. Bei ihrer Einschätzung seien auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte mit bedacht und von invaliditätsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt worden. Diese invaliditätsfremden Gesichtspunkte würden vor allem therapeutische Relevanz besitzen und nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eingehen (Urk. 8/97 S. 13 f.).

E. 4.5

4.5.1 Ä Ä Aus dem Gutachten der Klinik E.____ vom 16. Juli 2008 (oben E. 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.5) geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin kein hinreichendes organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden gefunden werden konnte, womit aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit nicht eingeschränkt sein sollte (so namentlich Urk. 8/74 S. 52 und 63). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturveränderungen und Druckdolenzen kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 9/05 vom 3. August 2005 E. 4 sowie Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 und 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3).

4.5.2 Ä Ä Der psychiatrische Konsiliarier der Klinik E.____, Dr. O.____, diagnostizierte psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten gemäss ICD-10 F54. Er hielt sodann dafür, dass es sich etiologisch um eine Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.23 sowie phänomenologisch um eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10 F32.01 handle, welche bereits in eine Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1 übergehe (vgl. oben E. 4.3.4). Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass eine Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43 eine entscheidende Lebensveränderung, ein belastendes Ereignis oder das Vorhandensein respektive die drohende Möglichkeit von schwerer körperlicher Krankheit voraussetzt

ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle stellt (E. 3.2.3 des erwähnten Urteils).

4.5.5.5 Gestützt auf die schlüssige Einschätzung der Dres. F.____ und G.____ liegt keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung vor (Urk. 8/97 S. 11). Aus den Angaben der Beschwerdeführerin geht hervor, dass das Schmerzerleben dominiert (vgl. nur Urk. 8/74 S. 59 f., 76 ff.; 8/97 S. 4 f.); entsprechend ist die diagnostizierte Dysthymie als reaktive Begleiterscheinung zum Schmerzsyndrom zu verstehen. Letztlich erbringt sich jedoch eine näherere Präzisierung der Frage nach der Komorbidität; selbst wenn die diagnostizierte Störung als selbständiges, von der Schmerzstörung losgelöstes Leiden anzusehen wäre, würde sie die nach der Rechtsprechung erforderliche erhebliche Schwere und Ausprägung nicht aufweisen (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_478/2007 vom 19. Juni 2008 E. 3.3.2 und 9C_959/2009 vereinigt mit 9C_995/2009 vom 19. Februar 2010 E. 4.4). Neben den Folgen des Schleudertraumas, welche bei der Beurteilung, ob ein pathogenetisch-etiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ausnahmsweise eine Invalidisierung bewirkt, ohnehin ausser Acht zu bleiben haben (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4), liegen keine nennenswerten körperlichen Begleiterkrankungen vor. Gemäss den Feststellungen der Gutachter Dres. F.____ und G.____ liegt weder ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens noch ein primärer Krankheitsgewinn vor (Urk. 8/97 S. 11). Es besteht daher kein Raum für die Annahme einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten, ¼ckenadaptierten Tätigkeit, wie sie die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Sachbearbeiterin/Mitarbeiterin Empfang darstellt. Umstände, welche eine willentliche Schmerzüberwindung ausnahmsweise unzumutbar machen könnten, liegen nicht vor; entsprechend ist aber nicht ersichtlich, inwiefern und weshalb der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr mit einem vollen Pensum zumutbar sein sollte. Der angefochtene Entscheid, mit welchem das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens im Verfahrenszeitpunkt verneint worden war, ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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.