

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00573 vom 12. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00573

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00573 du 12 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00573 del 12 agosto 2011

Erwägungen

E. 3

zeitweilig belastungsabhängige Ellenbogenschmerzen links mit Überstreckbarkeit, Differentialdiagnose: Instabilitätsproblematik

Die Ärzte hielten in ihrer Beurteilung fest, fünf Monate nach einer Kontusion der Lendenwirbelsäule persistiere eine myofasciale vorwiegend tieflumbal lokalisierte belastungs- und bewegungsverstärkte Schmerzsymptomatik. Klinisch bestehe eine mässiggradige Beweglichkeitseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei fraglicher compliance. Aus psychosomatischer Sicht bestehe keine Diagnose von psychiatrischem Krankheitswert. Repetitives Heben und Tragen von Gewichten von über 20 - 25 kg, speziell über Schulterhöhe, sei erschwert und beschwerlich (S. 3 Mitte). Aufgrund der Unfallfolgen und der Behinderungs- und Funktionsstörungen sei eine berufliche Wiedereingliederung des Beschwerdeführers mit einer Teilarbeitsfähigkeit zu Beginn indiziert. Ab dem 29. November 1999 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Ab dem 13. Dezember 1999 liege die Arbeitsunfähigkeit bei 0 % (S. 3 unten, S. 4).

Dr. med. B. ____, Assistenzarzt, und Dr. med. C. ____, Oberärztin, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, D. ____, nannten in einem Bericht vom 2. März 2000 (Urk. 6/7/7-8) als Diagnosen:

- somatoforme Schmerzstörung
- chronisches Panvertebralsyndrom bei/mit
- Status nach Sturz auf den Rücken und Kontusion der Lendenwirbelsäule am 9. Juni 1999
- Haltunginsuffizienz (Flachrücken, Hyperlordose der Lendenwirbelsäule)
- asymptotische Diskusprotrusion bei L4/L5

Dr. B. ____, und Dr. C. ____, führten aus, trotz ambulanter Physiotherapie und Schmerzbehandlung beständen progrediente Schmerzen mit kompliziertem Verlauf bei Verdacht auf eine Symptomausweitung. Eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule im November 1999 habe Protrusionen auf Höhe L4/L5 und umschriebener Stenose des Spinalkanals auf Niveau L5/S1 ergeben. Aktuell beständen tieflumbal lokalisierte, teilweise auch generalisierte Rückenschmerzen, vor allem morgens beim Aufstehen, verbunden mit einem Blockierungsgefühl von zirka einer Stunde (S. 1). Der Beschwerdeführer leide an einem chronischen Panvertebralsyndrom mit ausgeprägter Symptomausweitung im

Anschluss an einem Sturz vom 9. Juni 1999. An somatischen Faktoren existiere höchstens eine leicht verminderte Belastbarkeit bei statischen Problemen (Haltungsinsuffizienz mit lumbaler Hyperlordosierung) und leichtgradigen degenerativen Veränderungen. Eine schwerwiegende Wirbelsäulenerkrankung könne ausgeschlossen werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für leichte Arbeiten mit Wechselbelastung medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 2).

3.3 Dr. med. E. ___ und Dr. med. F. ___, Stellvertretender Oberarzt, Klinik G. ___, stellten in einem Bericht vom 13. Juni 2000 (Urk. 6/10/13-15) gestützt auf ein psychiatrisches Konsilium vom 9. Juni 2000 die Diagnose einer Anpassungsstörung (S. 3).

3.4 Der Beschwerdeführer ist seit Juni 1999 bei Dr. med. H. ___, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, in Behandlung (Urk. 6/7/2 Ziff. 4). Dr. H. ___ führte in einem Bericht vom 30. September 2000 (Urk. 6/7/1-3) aus, der Beschwerdeführer klagte immer wieder über akute einschneidende Schmerzen thorako-lumbal mit Blockierungserscheinungen, welche immer wieder zu Notfallbehandlungen führten. Eine Physiotherapie sei wieder gestoppt worden (Ziff. 4.1). Der Beschwerdeführer sei als Gartenarbeiter seit dem 9. Juni 1999 auf unbestimmte Zeit zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.5).

3.5 Dr. med. I. ___, Oberärztin, Klinik G. ___, antwortete am 28. Januar 2001 (Urk. 6/10/3) auf die Frage der Beschwerdegegnerin, in welchen physischen respektive psychischen Funktionen der Beschwerdeführer eingeschränkt sei, solange sie diesen gesehen habe, habe er nur mit Mühe langsam und hinkend gehen und keine zehn Minuten gerade sitzen können. Er sei während den Konsultationen unfähig, über etwas anderes als seinen kaputten Rücken zu jammern (lit. a). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. b). Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, welchen Anforderungen der Beschwerdeführer weiterhin gewachsen sei, antwortete Dr. I. ___, aufgrund der gemachten Angaben sei der Beschwerdeführer keinen physischen und psychischen Arbeiten und Anforderungen gewachsen (lit. d).

Dr. I. ___ bemerkte weiter, der Beschwerdeführer neige bei den Konsultationen im Ambulatorium immer vehementer dazu, sich demonstrativ gekränkt zu zeigen und gegen alle Bemühungen Widerstand zu leisten. Er dränge darauf, dass man ihm beim besten Chirurgen für eine Rückenoperation anmelde, um kurz darauf davon wieder Abstand zu nehmen (Urk. 6/10/4 unten).

3.6 Die Beschwerdegegnerin veranlasste im weiteren Verlauf eine Begutachtung des Beschwerdeführers bei Dr. med. J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Das Gutachten von Dr. J. ___ vom 6. Dezember 2001 (Urk. 6/16) beruht auf den Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 2., 8. und 23. Oktober 2001 und den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten (S. 1).

Dr. J. ___ stellte die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Aggravation, S. 6 unten). Dr. J. ___ führte aus, der Beschwerdeführer selbst mache keine psychische Störung geltend. Auffällig sei der inadäquate und inkonsistente Schmerzausdruck, nicht nur während der Begutachtung durch Dr. J. ___. Dieser werde auch in dem in der Rehaklinik A. ___ veranlassten Konsilium sowie in den somatischen

Abklärungen beschrieben. Zum anderen falle die zeitliche Koinzidenz der Beschwerdeverschlechterung mit der offenbar schwierigen Geburt der dritten Tochter und den nachfolgenden Rehabilitationsbemühungen auf (S. 5 unten). Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung decke am besten das vom Beschwerdeführer präsentierte Bild ab. Die somatoforme Schmerzstörung beeinflusse sicher subjektiv durch die Schmerzen die Arbeitsfähigkeit. Angesichts des Fehlens einer wesentlichen Komorbidität könne er aus psychiatrischer Sicht aber keine Arbeitsunfähigkeit attestieren (S. 6).

3.7 Dr. med. K. ____, Oberärztin, Psychiatrisches Zentrum L. __ (L. __), führte in einem Bericht vom 21. Dezember 2001 (Urk. 6/19) gestützt auf die Untersuchungen vom August und September 2001 (S. 1) aus, diagnostisch handle es sich um eine somatoforme Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer leide an intensiven, invalidisierenden Rückenschmerzen, welche im Anschluss an den Arbeitsunfall vom 9. Juni 1999 aufgetreten seien. Das subjektive Krankheitserleben lasse sich durch spezialärztliche körperliche Untersuchungen und die Befunde der bildgebenden Verfahren nicht genügend erklären (S. 3 unten). Es sei zu erwarten, dass aufgrund der gestörten Schmerzverarbeitung auch weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (S. 4).

3.8 Dr. med. M. ____, Assistenzarzt, Psychiatrische D. __, D. __, stellte in einem Bericht vom 27. März 2002 (Urk. 6/27/3-4) über ein psychosomatisches Konsilium vom 20. März 2002 die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (S. 2 Mitte). Dr. med. M. ____, führte zu dem von ihm erhobenen Befund aus, der Beschwerdeführer sei in der Grundstimmung gedrückt. Es beständen Traurigkeit und Verzweiflung über den unerwarteten Tod seines Sohnes. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei mittelgradig reduziert (S. 2 oben).

3.9 Dr. J. ____, reichte der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Untersuchung vom 2. September 2002 ein Verlaufsgutachten vom 26. September 2002 (Urk. 6/29) ein. Dr. J. ____, nannte darin als Diagnosen eine somatoforme Schmerzstörung sowie neu eine mittelgradige depressive Episode (S. 3). Dr. J. ____, führte im Gutachten aus, der Beschwerdeführer gebe an, seine Frau habe einen Sohn geboren, der nach zehn Tagen verstorben sei (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer zeige deutliche Symptome einer reaktiven Depression, wie eine gedrückte Stimmung, Gedankenkreisen, vermehrte grundlose Müdigkeit, Nervosität, erhöhte Reizbarkeit, eine verminderte Konzentration und eine Einschränkung der Gedächtnisleistung (S. 2 Mitte). Es sei naheliegend, dass sich der seelische Schmerz und die körperlichen Schmerzen gegenseitig verstärken würden. Es sei zu befürchten, dass die derzeit noch als reaktiv zu bezeichnende Depression anhalten und in eine Anpassungsstörung übergehen werden (S. 2 unten). Gesamthaft sei im Verlauf des vergangenen Dreivierteljahres eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen. Es liege eine mittelgradige Depression vor. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit allein durch deren Symptomatik liege sicher bei 50 %. Die somatoforme Schmerzstörung und die Depression zusammen führten zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3).

3.10 Dr. med. N. ____, Leitender Arzt, Orthopädie/Handchirurgie, O. __ Klinik, führte in einem Bericht vom 18. November 2002 (Urk. 6/36/7-8) aus, der Beschwerdeführer berichte über seit zwei Monaten bestehende Schmerzen im Bereich

des linken Ellenbogens. Die Schmerzen seien extrem intensiv und quasi Tag und Nacht vorhanden mit einer leichten bewegungsabhängigen Komponente. Dr. N.____ diagnostizierte einen hochgradigen Verdacht auf eine frühkindliche Fraktur des proximalen Vorderarmes mit in Fehlstellung eingeeilter Ulnakomponente und sekundärer Instabilität des linken Ellenbogens (S. 1 oben). Gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers bestehe die Deformität erst seit zwei Monaten. Dies sei aufgrund des radiologischen Befundes unmöglich. Es sei nicht nachvollziehbar, warum es nun plötzlich zur Dekompensation der Situation gekommen sei, da der Beschwerdeführer den Ellenbogen seit drei Jahren nicht mehr manuell belaste (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. N.____ berichtete am 3. Februar 2003 (Urk. 6/36/6), bei klinisch unveränderter Situation bestehe eine diffuse Druckdolenz im Bereich des gesamten linken Ellenbogens mit der bekannten Deformität.

3.11 Ä Ä Dr. H.____ bestätigte in einem Bericht vom 19. März 2003 (Urk. 6/36/1-5) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 9. Juni 1999 (Ziff. 1.5). Aktuell sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (S. 5).

3.12 Ä Ä Prof. P.____, Leitender Arzt, Schmerzzentrum O.____ Klinik, berichtete am 9. Mai 2003 (Urk. 6/66/3-6; die Beschwerdegegnerin erhielt den Bericht von Prof. P.____ erst im April 2005), es bestehe eine äusserst komplizierte Situation, bestehend aus unklaren lumbovertebralen Beschwerden, gemäss der Schilderung des Beschwerdeführers ohne Anzeichen einer radikulären Ausstrahlung. Die diesbezüglichen Beschwerden ständen für den Beschwerdeführer eindeutig im Vordergrund und führten zu einer seit vier Jahren bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Eine Besserung der Beschwerden erscheine undenkbar (S. 1).

3.13 Ä Ä Gestützt insbesondere auf den Bericht von Dr. H.____ vom 19. März 2003 (vgl. Urk. 6/37 S. 1) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine ganze Rente ab November 2003 zu (Urk. 6/46).

E. 4

Nikotinabusus

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der Rehaklinik A.____ attestierten dem Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 9. Juni 1999 (Sturz auf den Rücken) für die Tätigkeit als Gartenbaumitarbeiter eine volle Arbeitsfähigkeit ab Dezember 1999 (Urk. 6/10/10). Nach der Beurteilung durch Dr. B.____ und Dr. C.____, D.____, vom 2. März 2000 war der Beschwerdeführer für leichte Arbeiten mit Wechselbelastung voll arbeitsfähig (Urk. 6/7/8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht verneinte Dr. J.____ im Gutachten vom 6. Dezember 2001 zunächst eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/16 S. 6 unten). Die Ärzte der Rehaklinik A.____ hatten im Bericht vom 10. Dezember 1999 eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert ebenfalls verneint (Urk. 6/10/9). Im Verlaufsgutachten vom 26. September 2009 gelangte Dr. J.____ bei einer somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode neu zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 6/29 S. 3). Die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode findet sich auch im Bericht von med. pract. M.____ vom 27. März 2002 (Urk. 6/27/4).

Â Â Â Â Â Â Â Â Nach dem Gutachten des Q.____ vom 27. Juli 2009 ist der Beschwerdeführer in somatischer und psychiatrischer Hinsicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

5.2.1.1

5.2.1.1 Der Beschwerdeführer bezeichnete das Q.____-Gutachten als nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar begründet. Es fehle eine Begründung im Gutachten, weshalb sich die diagnostizierte Depression nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 1 S. 9 Ziff. 11).

5.2.2.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.2.3.1 Das Gutachten des Q.____ vom 27. Juli 2009 beruht auf der internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers und den im Q.____ neu erstellten Röntgenbildern. Es beruht damit auf allseitigen Untersuchungen. Es beinhaltet weiter eine Zusammenfassung der relevanten Vorakten und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Das Gutachten beantwortet die massgeblichen Fragen nach der Arbeitsfähigkeit und einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Die Gutachter setzten sich sodann, wenn auch eher knapp, mit der Beurteilung von med. pract. M.____ in dessen Bericht vom 27. März 2002 und dem Verlaufsbericht von Dr. J.____ vom 26. September 2002 auseinander (Urk. 6/90 S. 39 unten). Das Gutachten erfüllt damit die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens. Da auf das Gutachten des Q.____ abgestellt werden kann, sind keine weiteren medizinischen Abklärungen zu veranlassen.

5.3.1 Die medizinischen Akten sprechen dafür, dass der Beschwerdeführer von somatischer Seite zu keiner Zeit massgeblich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. So wurde bereits im Austrittsbericht der Rehaklinik A.____ vom 10. Dezember 1999 eine Diskusprotrusion auf Niveau L4/5 sowie ein etwas verengter Spinalkanal auf Höhe L5/S1 ohne Tangierung oder Kompression der Nervenwurzel erwähnt (Urk. 6/10/9 oben). Die Zusprache einer ganzen Rente durch die Beschwerdegegnerin im November 2003 erfolgte demnach aufgrund der Entwicklung einer depressiven Stimmung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die von Dr. J.____ im Verlaufsgutachten vom 26. September 2002 beschriebene mittelgradige Depression wie auch eine somatoforme Schmerzstörung führten gemäss Dr. J.____ zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 6/29 S. 3), Q.____-Gutachter Dr. R.____ konnte anlässlich der Begutachtung im Q.____ im Juni 2009 eine mittelgradige depressive Episode nicht bestätigen. Dr. R.____ verneinte auf S. 33 des Gutachtens weiter, dass die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung erfüllt seien, da ein schwerer und quälender Schmerz beim Versicherten nicht spürbar sei (Urk. 6/90 S. 33 unten).

Â Â Â Â Â Â Â Â Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3 Ziff. II.5) ist der Beschwerdegegnerin nicht vorzuwerfen, sie sei entsprechend der mit BGE 130 V 352 geänderten Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung auf die vor der

Änderung der Rechtsprechung zugesprochene Rente zurückgekommen. Der Grund für eine Revision ist vielmehr darin zu sehen, dass die Q.-Gutachter die vormals gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigen konnten, weshalb von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen ist. Der Beschwerdeführer hält weiter dafür, dass sich auch eine leichte Depression auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte (Urk. 1 S. 9 Ziff. 11 unten). Es ist jedoch der Beurteilung der Fachärzte und Gutachter zu überlassen, ob bei einer im Gutachten beschriebenen noch leichtgradigen depressiven Verstimmung (Urk. 6/90 S. 33 unten) gegebenenfalls von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, was die Q.-Gutachter verneinten.

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. H., attestierte konstant eine volle Arbeitsfähigkeit seit dem 9. Juni 1999. Was die Berichte von Dr. H. betrifft, so ist auf die hohle strichterliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Gestützt auf das Ergebnis der Begutachtung des Beschwerdeführers im Q. ist daher von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in dem Sinne auszugehen, dass in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht. Die zwischenzeitlich diagnostizierte depressive Störung kann vor dem familiären Hintergrund des Beschwerdeführers verstanden werden. Nach dem Verlaufsgutachten von Dr. J. vom 26. September 2002 war zu jenem Zeitpunkt ein Sohn des Beschwerdeführers (der erhoffte Stammhalter) kurz nach der Geburt verstorben (Urk. 6/29 S. 2). Den seinerzeit von Dr. J. beschriebenen Befund konnte Q.-Gutachter Dr. R. anlässlich der Begutachtung im Q. nicht mehr bestätigen.

Zusammenfassend ist gestützt auf das Q.-Gutachten und die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. U. davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im Q. wieder zu 100 % arbeitsfähig ist. Nachdem dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsgefährter beziehungsweise als Gartenbauarbeiter ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im Q. wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar war, besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die Durchführung eines Einkommensvergleichs erbringt sich daher.

Die Beschwerdegegnerin hat die bisher ausgerichtete ganze Rente in der Verfügung vom 17. Mai 2010 daher zu Recht aufgehoben. Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.