

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00661 vom 29. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00661

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00661 du 29 juillet 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00661 del 29 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1970, ist gelernter Koch und arbeitet als solcher seit Mai 1997 im Restaurant Y., das von seiner Mutter geführt wird. Am 22. September 2001 erlitt X. als Autolenker einen Auffahrunfall (Unfallmeldung UVG vom 28. September 2001, Urk. 7/9 S. 1; Angaben vom 7. Januar 2002 im Unfallfragebogen UVG, Urk. 7/9 S. 6-9; Polizeiakten in Urk. 7/9 S. 10-25). Er suchte am 24. September 2001 den Hausarzt Dr. med. A., Arzt für Allgemeine Medizin, auf; dieser diagnostizierte ein Halswirbelsäulentrauma und eine leichte Lumbago. Er schrieb den Versicherten bis zum 2. Oktober 2001 zu 100 % und bis zum 24. Oktober 2001 zu 50 % arbeitsunfähig; danach attestierte er wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Arztzeugnis UVG vom 31. Oktober 2001, Urk. 7/9 S. 5; Angaben von Dr. A. vom 14. November 2001 im "Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen", Urk. 7/9 S. 2-4). Die SWICA, bei der X. im Rahmen seines Arbeitsverhältnisses unfallversichert ist, anerkannte ihre Leistungspflicht für die Unfallfolgen.

Am 26. September 2003 erstattete die Mutter von X., der die Arbeit im Restaurant Y. Ende Oktober 2001 wieder voll aufgenommen hatte, der SWICA eine Rückfallmeldung und gab an, ihr Sohn sei als Folge des Unfalles vom 22. September 2001 erneut arbeitsunfähig (Urk. 7/9 S. 28). Die SWICA nahm ein Zeugnis von Dr. med. B., Spezialarzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, vom 3. September 2003 entgegen, in welchem der Arzt dem Versicherten für die Zeit vom 3. September bis zum 3. November 2003 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (Urk. 7/9 S. 27) und holte bei Dr. B. den Bericht vom 27. Januar 2004 ein (Urk. 7/9 S. 29-30). Anschliessend liess die SWICA durch die Z. am Arbeitsplatz des Versicherten umfassende Abklärungen vornehmen, insbesondere zur beruflichen Tätigkeit, zum Unfallhergang und zum Beschwerdenverlauf (Bericht vom 5. März 2004, Urk. 7/9 S. 34-43). Ausserdem erstattete Dr. B. am 13. März 2004 einen weiteren Bericht und attestierte dem Versicherten darin rückwirkend bereits ab Mai 2003 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/9 S. 31-32).

1.2. Am 11. März 2004 meldete sich X. bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, holte den Bericht von Dr. A. vom 28. April 2004 und den Bericht von Dr. B. vom 26./27. Mai 2004 ein (Urk. 7/5 und Urk. 7/10); ferner liess sie durch die Mutter des Versicherten den Fragebogen für den Arbeitgeber ausfüllen (Angaben vom 15. Juli 2004, Urk. 7/14). Sodann zog die IV-Stelle die Akten der SWICA bei, insbesondere ein multidisziplinäres Gutachten, welches das C. am 14. Oktober 2004 im Auftrag der SWICA erstellt hatte (Gesamtgutachten unter der Führung von Dr. med. D. und

Dr. med. E. ____, Innere Medizin, mit einem neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. med. F. ____, Neurologie, und einem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G. ____, Psychiatrie, je vom 24. August 2004, Urk. 7/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf das Gutachten des C. ____, sprach die SWICA dem Versicherten mit Verfügung vom 30. März 2005 ab dem 1. Januar 2005 eine Übergangsrente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % zu, gewährte ihm eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % und legte der Taggeldberechnung für die Zeit davor eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit zugrunde (Urk. 7/21 S. 2-5). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab dem 1. Januar 2005 bezog X. ____, für seine Tätigkeit als Koch im Restaurant Y. ____, wieder den Lohn eines Pensums von 75 %, nachdem er im Jahr 2004 nur den halben Lohn erhalten hatte (vgl. das Schreiben der Rechtsvertreterin des Versicherten im Unfallverfahren vom 6. Januar 2006 mit den beigelegten Lohnabrechnungen, Urk. 7/45 S. 131-140).

1.3 Ä Ä Ä Ä Die IV-Stelle hatte im September und im Dezember 2004 Berufsberatungsgespräche mit dem Versicherten geführt (vgl. die Protokolle in Urk. 7/29). Nachdem sich dieser im Jahr 2005 nicht mehr gemeldet hatte (vgl. Urk. 7/29 S. 3), erliess die IV-Stelle die Verfügung vom 25. November 2005 mit dem Bescheid, das Begehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da der Versicherte zur Zeit gar keine beruflichen Massnahmen wünsche (Urk. 7/28).

1.4 Ä Ä Ä Ä Nach Kenntnisnahme dieser Verfügung ging die SWICA daran, den Anspruch des Versicherten auf eine ordentliche Rente zu prüfen (Schreiben der SWICA vom 23. Dezember 2005, Urk. 7/45 S. 145). Im Zuge dieser Prüfung nahm sie ein Zeugnis von Dr. B. ____, vom 24. Juni 2006 (Urk. 7/45 S. 90), einen Bericht von Dr. med. H. ____, Spezialarzt für Neurologie, vom 12. April 2006 (Urk. 7/45 S. 91-93) und einen Bericht des J. ____, med. pract. K. ____, und Dr. phil. L. ____, Klinischer Psychologe, vom 25. Mai 2006 (Urk. 7/45 S. 94-95) zu den Akten und verneinte daraufhin den Anspruch des Versicherten mit Verfügung vom 20. November 2006, da sein Invaliditätsgrad nur 2,17 % betrage (Urk. 7/37).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Einsprache des Versicherten hin holte die SWICA die Berichte von Dr. B. ____, vom 19. Mai und vom 29. Dezember 2007 ein (Urk. 7/45 S. 47-49 und Urk. 7/45 S. 36-37). Des Weiteren nahm sie einen Bericht des M. ____, vom 16. Februar 2007 mit den Ergebnissen einer sogenannten funktionellen Magnetresonanztomographie (fmri; Urk. 7/45 S. 29-30) und einen Bericht hierzu von Dr. B. ____, vom 19. Februar 2007 (Urk. 7/45 S. 31) zu den Akten. Schliesslich erstellte die MEDAS N. ____, am 22. Dezember 2008 im Auftrag der SWICA ein weiteres multidisziplinäres Gutachten (Gesamtgutachten von Dr. med. O. ____, und Dr. med. P. ____, Urk. 7/40 S. 1-35) einschliesslich verschiedener Teilgutachten (Konsiliarbericht von Dr. med. R. ____, Spezialarzt für Rheumatologie, Urk. 7/40 S. 36-52; Konsiliarbericht von Dr. med. S. ____, Spezialärztin für Neurologie, vom 2. Oktober 2008, Urk. 7/40 S. 53-57; Konsiliarbericht von lic. phil. T. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, und lic. phil. U. ____, Neuropsychologin, vom 10. September 2008, Urk. 7/40 S. 58-63; Konsiliarbericht von Dr. med. V. ____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. September 2008, Urk. 7/40 S. 64-82; Aufzeichnungen des Versicherten sowie verschiedene Unterlagen zu den durchgeführten Tests in Urk. 7/40 S. 83-93). Ausserdem beantwortete die MEDAS am 16. Februar 2009 (Urk. 7/53 S. 75-76) die

ErgÄnzungsfragen der SWICA vom 2. Februar 2009 (Urk. 7/45 S. 5). Nachdem sich der Versicherte vom 18. März bis am 15. April 2009 in der Rehaklinik W.____ aufgehalten hatte (Äberweisungsbericht von Dr. B.____ vom 27. Februar 2009, Urk. 7/53 S. 73-74; Austrittsbericht der Rehaklinik W.____ vom 24. Juli 2009, Urk. 7/53 S. 11-14), wies die SWICA die Einsprache gegen die VerfÄgung vom 20. November 2006 mit Entscheid vom 18. August 2009 ab und stellte sich nunmehr auf den Standpunkt, ein allfÄlliger natÄrlicher Kausalzusammenhang zwischen den fortbestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 22. September 2001 sei nicht adÄquat (Urk. 7/53 S. 5-10). Die RechtmÄssigkeit dieses Einspracheentscheids ist Gegenstand des Prozesses Nr. UV.2009.00344), der ebenfalls mit Urteil von heute entschieden wird.

1.5Ä Ä Ä Ä Ä Mit Eingabe vom 21. Januar 2009 hatte sich der Versicherte, vertreten durch RechtsanwÄltin Barbara Laur, mit dem Hinweis auf das Gutachten der MEDAS vom 22. Dezember 2008 wieder bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 7/39), nachdem er seit dem Erlass der VerfÄgung vom 25. November 2005 betreffend berufliche Massnahmen (Urk. 7/28) keinen Kontakt mehr zur IV-Stelle gehabt hatte. Die IV-Stelle holte bei der Mutter des Versicherten nochmals Arbeitgeber-Angaben ein (Fragebogen vom 24. April 2009, Urk. 7/49 S. 1-8) und unterbreitete die Akten anschliessend ihrem regionalÄrztlichen Dienst (Stellungnahme von Dr. med. AA.____, Spezialarzt fÄr Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Februar 2010 und Stellungnahme von Dr. med. BB.____, Facharzt fÄr OrthopÄdische Chirurgie und Traumatologie, vom 9. Februar 2010, Urk. 7/57 S. 6 f.). Mit Vorbescheid vom 31. März 2010 erÄffnete die IV-Stelle dem Versicherten, dass sie ihm ab dem 1. Mai 2004 eine halbe Rente auf der Basis eines InvaliditÄtsgrades von 51 % zuzusprechen gedenke (Urk. 7/59). Nachdem der Versicherte mit Eingabe vom 5. Mai 2010 dazu Stellung nehmen lassen (Urk. 7/66), entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids, wobei sie neu einen InvaliditÄtsgrad von 54 % annahm (VerfÄgung vom 9. Juni 2010 mit der Festlegung der Rente fÄr die Zeit ab dem 1. Juni 2010, Urk. 2 = Urk. 7/71).

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Eingabe vom 9. Juli 2010 (Urk. 1) erhob die GastroSozial Pensionskasse gegen die rentenzusprechende VerfÄgung der IV-Stelle Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung der VerfÄgung, auf DurchfÄhrung einer Oberbegutachtung und auf die neue Festlegung des InvaliditÄtsgrades (Urk. 1 S. 2). Dabei berief sie sich auf ein selber in Auftrag gegebenes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. CC.____, Spezialarzt fÄr Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Juli 2010 (Urk. 3/1). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 8. September 2010, die Beschwerde sei gutzuheissen (Urk. 6), und reichte neu die VerfÄgung vom 11. August 2010 betreffend die Nachzahlung der Rentensumme fÄr die Zeit vom 1. Mai 2004 bis zum 31. Mai 2010 ein (Urk. 8/1-6). Mit VerfÄgung vom 16. September 2010 wurde X.____ zum Prozess beigeladen (Urk. 9). Er liess, wiederum vertreten durch RechtsanwÄltin Barbara Laur, mit Eingabe vom 7. Januar 2011 auf Abweisung der Beschwerde schliessen (Urk. 16). In der Replik vom 31. Januar 2011 hielt die GastroSozial Pensionskasse an ihrer Beschwerde fest (Urk. 20). Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 17. Februar 2011 auf die Erstattung einer Duplik (Urk. 23); der Beigeladene liess mit Eingabe vom 26. Mai 2011 zur Replik der Pensionskasse Stellung nehmen (Urk. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die AusfÄhrungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den ErwÄgungen eingegangen.

Das Gericht zieht in ErwÄgung:

1. Strittig und zu prüfen ist, ob der Versicherte Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

Bei der Erhebung der Beschwerde vom 9. Juli 2010 lag erst die Verfügung vom 9. Juni 2010 vor, mit welcher die Beschwerdegegnerin die Rente für die Zeit ab dem 1. Juni 2010 gewährt hatte (Urk. 2). Erst am 11. August 2010 erging die weitere Verfügung betreffend die Nachzahlung der Rentensumme für die Zeit vom 1. Mai 2004 bis zum 31. Mai 2010 (Urk. 8/1-6). Das Dispositiv der Verfügung vom 9. Juni 2010 umfasst allerdings den gesamten Rentenanspruch ab dem 1. Mai 2004 (Urk. 2 S. 2). Daraus wird ersichtlich, dass die spätere Verfügung vom 11. August 2010 nicht mehr den Rentenanspruch als solchen statuiert, sondern nurmehr die Rentenbeträge für die Zeit vor dem 1. Juni 2010 und die daraus resultierende Nachzahlungssumme festsetzt. Unter diesen Umständen ist der Rentenanspruch für die gesamte Zeitdauer Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens und nicht nur derjenige für die Zeit ab dem 1. Juni 2010.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 9. Juni 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht überall ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

E. 3

% gegeben, wogegen die Dreiviertelsrente noch nicht eingeführt gewesen war (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2003 in Kraft gewesenen Fassung).

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 könnten (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung
gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden
wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in
der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig
möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der
Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des
Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor dem Inkrafttreten des ATSG per 1. Januar 2003 und der zitierten
revidierten Bestimmungen des IVG und der IVV per 1. Januar 2004 und per 1. Januar 2008
war die Rechtslage zur Invaliditätsbemessung die gleiche.

3.3 Ä Ä Ä Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 in
Kraft gewesenen Fassung frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person
mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines
Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig
war (lit. b). Eine entsprechende Regelung ist in Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG in der ab
Anfang 2008 gültigen Fassung statuiert. Zusätzlich kann der Rentenanspruch ab dem 1.
Januar 2008 gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der
Geltendmachung entstehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades die
Erwerbseinbusse und damit die Höhe des Einkommens eine entscheidende Rolle spielt,
das auf dem gesamten in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einer dem
Gesundheitsschaden angepassten zumutbaren Tätigkeit erzielbar ist (Art. 7 ATSG),
beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG
(bis Ende 2007) beziehungsweise von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (ab Anfang 2008) nach der
durch einen Gesundheitsschaden bedingten Einbusse an funktionellem
Leistungsvermögen, und es kommt dabei in der Regel einzig auf die Einschränkungen
im bisherigen Beruf an (vgl. BGE 130 V 99 Erw. 3.2, 105 V 159 Erw. 2a, 97 V 231 Erw. 2).
Zwischen der durchschnittlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines
Jahres und der nach Ablauf der Wartezeit bestehenden Erwerbsunfähigkeit besteht aber
insofern ein Zusammenhang, als beides kumulativ und in der für die einzelnen
Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein muss, damit eine Rente im
entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (vgl. BGE 121 V 274 Erw. 6b/cc).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Der strittigen Rentenzusprechung liegt gemäss der Begründung der
Verfügungen die Annahme zugrunde, der Versicherte sei sowohl für seine
angestammte Tätigkeit als Koch als auch für weitere geeignete Tätigkeiten zu 50 %
arbeitsunfähig (Urk. 2 S. 4). Diese Annahme stützt sich auf das Gutachten der MEDAS
N.____ (Urk. 7/40), das von den RAD-Ärzten Dr. AA.____ und Dr. BB.____ als taugliche
Entscheidungsbasis beurteilt wurde (vgl. Urk. 7/57 S. 6 f.). Die genannte
Arbeitsfähigkeitseinschätzung findet sich in den Schlussfolgerungen im
Gesamtgutachten; gemäss ihnen ist der Versicherte aus rein somatischer Sicht zu 75 %,

aus rein psychiatrischer Sicht nur zu 50 % und aus gesamtheitlicher Sicht ebenfalls nur zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 7/40 S. 27 und S. 31; vgl. auch Urk. 7/53 S. 75-76).

Die Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 20) hält dieser Einschätzung die Annahme im C. ___-Gutachten vom Herbst 2004 entgegen, dass der Versicherte gesamthaft betrachtet ab dem 25. Oktober 2001 als Koch nur um (maximal) 25 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und andere, körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Einschränkungen zu verrichten in der Lage sei (Urk. 7/17 S. 17 f.). Angesichts der divergierenden Beurteilungen im Gutachten des C. ___ und in demjenigen der MEDAS hält die Beschwerdeführerin eine Oberbegutachtung für angezeigt, überdies beruft sie sich auf das selber eingeholte Gutachten von Dr. CC. ___ vom Juli 2010, worin dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % attestiert wurde (Urk. 3/1 S. 9), und schliesslich stellt sie sich auf den Standpunkt, eine rechtserhebliche Arbeitsunfähigkeit sei schon aufgrund der dargelegten, von der Rechtsprechung angewandten Kriterien zu den Auswirkungen von organisch nicht ausreichend erklärbaren Schmerzen nicht gegeben.

Währenddem die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort den Überlegungen der Beschwerdeführerin folgt, namentlich denjenigen zu den organisch nicht erklärbaren Schmerzen (Urk. 6), lässt der Versicherte geltend machen (Urk. 16 S. 2 ff., Urk. 26), das Gutachten des C. ___ sei im Vergleich zum Gutachten der MEDAS unzulänglich, das Gutachten von Dr. CC. ___ sei ausser Acht zu lassen, weil dessen Einholung angesichts des umfassenden Gutachtens der MEDAS nicht notwendig gewesen sei und es auch nicht schlüssig sei, und die erwähnten Kriterien der Rechtsprechung zu den organisch nicht fassbaren Schmerzbildern seien erfüllt.

4.2 Das Sozialversicherungsgericht hat im unfallversicherungsrechtlichen Urteil von heute festgehalten, der Versicherte habe angesichts der plausiblen Feststellungen von Dr. A. ___ (vgl. Urk. 7/9 S. 5 und Urk. 7/9 S. 2-4) beim Unfall vom 22. September 2001 zweifellos eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule erlitten. Sodann hat das Gericht auf einen Bericht von Dr. A. ___ vom 5. Dezember 2002 hingewiesen (vgl. Urk. 7/9 S. 44-45), gemäss welchem - wie auch gemäss dem Bericht von Dr. A. ___ vom 28. April 2004 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/5) - der Versicherte bei einer Konsultation vom Dezember 2001 nur noch über leichte Nackenbeschwerden klagte, danach erst im August 2002 wieder in der Praxis vorsprach, dannzumal jedoch nur eine Verletzung im Bereich der linken Leiste erwähnte, und erst anlässlich einer Konsultation vom Dezember 2002 wieder Schmerzen im Bereich des Nackens, der Brustwirbelsäule und der Halswirbelsäule schilderte. In Anbetracht dessen, dass der Versicherte zudem gemäss dem Bericht von Dr. A. ___ vom 5. Dezember 2002 und gemäss dem Bericht der Z. ___ vom 5. März 2004 während des ganzen Jahres 2002 voll gearbeitet hatte (Urk. 7/9 S. 44, Urk. 7/9 S. 37), hat das Gericht bemerkt, bis zur Rückfallmeldung vom 26. September 2003 (Urk. 7/9 S. 28) sei kein mehr oder weniger durchgehendes Beschwerdebild mit kontinuierlicher Behandlungsbedürftigkeit nachgewiesen, wenn auch zutreffen möge, dass der Versicherte in der Zwischenzeit nicht vollständig schmerzfrei gewesen sei. Dementsprechend hat das Gericht die Beweislast dafür, dass die im Jahr 2003 gemeldeten Beschwerden wiederum auf den Unfall vom 22. September 2001 zurückzuführen waren, dem Versicherten auferlegt, und hat im Hinblick auf die Beurteilungen von Dr. B. ___ (vgl. Urk. 7/9 S. 29-30) und der C. ___-Gutachter (vgl. Urk. 7/17 S. 17 und S. 20) nicht beanstandet, dass die SWICA dies

nicht umfassend-hinlänglich objektivierbar sei durch somatische Korrelate und eine relevante psychosomatische Verarbeitungsdimension ausweise, und er stellte die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren als auch einem medizinischen Krankheitsfaktor (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV 307.89 = ICD-10 Code F45.4; Urk. 7/40 S. 79).

Das Gericht hat diese Einschätzung als kongruent mit den Beurteilungen der Kollegen der organischen Fachrichtungen bezeichnet, auf die Dr. V.____ verwies. Es hat ausgeführt, Dr. R.____ habe bei der rheumatologischen Abklärung hauptsächlich einen Weichteilbefund im Sinne eines myofaszialen Reizzustands der gesamten Nacken-Schulterpartie registriert (vgl. Urk. 7/40 S. 44 und S. 46), und Dr. S.____ habe zudem nur geringe Myogelosen zervikal und lumbal gefunden, sodass sie dargelegt habe, insgesamt könne von einem möglicherweise etwas wechselnd vorhandenen Panvertebral-Syndrom ausgegangen werden, wobei die objektiven Befunde zu den angegebenen Beschwerden etwas differierten und deshalb das psychiatrische Teilgutachten als sehr wichtig erscheine (vgl. Urk. 7/40 S. 56). Dr. V.____ habe sodann erläutern ausgeführt, es habe keine eigenständige psychische Störung das klinische Bild von Anfang an beherrscht und die somatischen Beschwerden in den Hintergrund treten lassen (vgl. Urk. 7/40 S. 78; vgl. auch Urk. 7/40 S. 30 zu Frage 6), er sei hingegen zum Schluss gekommen, dass beim Versicherten ein iatrogen unterstütztes Leidenskonzept bestehe, nach dem er Opfer einer unfallbedingten, primär gravierenden HWS-nahen Pathologie sei und im Bereich der Halswirbelsäule eine invalidisierend schwere Verletzung von Strukturen des Bewegungsapparates und Nervensystems erlitten habe, dass sich dies zusammen mit der vorbestehenden, für sich genommen nicht krankheitswertigen psychodynamischen Verarbeitungsdisposition im Sinne einer verstärkt nachteiligen Schmerzverarbeitung und Chronifizierungsneigung auswirke (vgl. Urk. 7/40 S. 78 und S. 79) und dass sich der nachteilige Wandel nicht bräsk, sondern über eine längere Zeitperiode, etwa ab 2004, hinweg vollzogen habe (vgl. Urk. 7/40 S. 76). Diese Ausführungen hat das Gericht als Hinweise darauf erachtet, dass sich im Lauf der Zeit eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung herausgebildet hatte, die sich vom organisch-psychischen Beschwerdebild einer Halswirbeldistorsion zunehmend losgelöst hatte. Einen weiteren gewichtigen Anhaltspunkt dafür hat das Gericht aus der Sachverhaltsdarstellung des Rheumatologen Dr. R.____ ersehen, der in seinem Konsiliarbericht anhand subjektiver Angaben des Versicherten zur Auffassung gelangte, dieser sei etwa zwei Jahre nach dem Unfall zunehmend psychisch dekomponiert (vgl. Urk. 7/40 S. 37). Auch hat das Gericht festgehalten, die Gesamtgutachter hätten zwar ausgeführt, die psychische Störung gehöre als Teilsymptomatik zum ganzen posttraumatischen Beschwerdekomples (vgl. Urk. 7/40 S. 30 zu Frage 6 und S. 34 zu den Fragen 4.2 und 4.4), sie hätten aber auch dargelegt, die physischen Beschwerden, also die körperlichen Unfallfolgen, seien zuerst da gewesen, und erst im Verlauf der chronischen Schmerzen seien die psychischen Störungen, das heisst die Depression und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, langsam entstanden (vgl. Urk. 7/40 S. 34). Dies spreche für eine verselbständigte psychische Problematik.

4.4 Gestützt auf die dargelegten Schlussfolgerungen zur Herausbildung einer eigenständigen psychischen Problematik hat das Sozialversicherungsgericht im unfallversicherungsrechtlichen Urteil die Unfalladäquanz der ab Mai 2006 fortbestehenden Beschwerden verneint. Im Rahmen der Abhandlung der einzelnen

AdÄquanzkriterien war auch auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Bezug zu nehmen, wobei sich das Gericht nur mit den Einschränkungen aufgrund der eigentlichen Distorsionsverletzung auseinanderzusetzen hatte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegendenfalls gilt es, die Einschränkung des Versicherten in der Arbeitsfähigkeit gesamthaft zu beurteilen.

E. 4.5

4.5.1Ä Ä Fest steht, dass der Versicherte nach dem Unfall vom 22. September 2001 gestützt auf die Beurteilung des erstbehandelnden Dr. A.____ bis zum 2. Oktober 2001 zu 100 % und bis zum 24. Oktober 2001 zu 50 % arbeitsunfähig war (Urk. 7/9 S. 5, Urk. 7/9 S. 2-4). Diese Einschränkung haben auch die Gutachter des C.____ als zutreffend in ihre Beurteilung übernommen (vgl. Urk. 7/17 S. 17).

4.5.2Ä Ä Für die Zeit danach bemessen die Gutachter des C.____ die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in seiner angestammten und immer noch ausgeübten Tätigkeit als Koch mit 25 % (Urk. 7/17 S. 17 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies leuchtet für den Zeitraum vom 25. Oktober 2001 bis Ende April 2003 ohne Weiteres ein. So klagte der Versicherte, wie bereits dargetan (Erw. 4.2), bei einer Konsultation bei Dr. A.____ vom Dezember 2001 nur noch über leichte Nackenbeschwerden und suchte den Hausarzt erst im Dezember 2002 wieder wegen Beschwerden des Bewegungsapparates auf, nachdem er während des ganzen Jahres 2002 voll gearbeitet hatte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Jahr 2003 konsultierte der Versicherte dann am 2. Juni 2003 erstmals Dr. B.____, wie dessen Bericht vom 27. Januar 2004 zu entnehmen ist (Urk. 7/9 S. 29). Dr. B.____ hielt in diesem Bericht zunächst fest, der Versicherte sei immer zu 100 % arbeitsfähig gewesen (Urk. 7/9 S. 30), relativierte diese Aussage aber im nachfolgenden Bericht vom 13. März 2004 (Urk. 7/9 S. 31-32), indem er den Versicherten nunmehr ab Mai 2003 für die Tätigkeit als Koch zu 50 % arbeitsunfähig schrieb und ausführte, ein Arbeitsunfähigkeitsattest sei zunächst ausgeblieben, weil der Versicherte seine Arbeit im elterlichen Betrieb so habe einteilen können, wie es seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit entsprochen habe. Der Versicherte wiederum tat anlässlich der Abklärungen durch die Z.____ vom März 2004 dar, er habe wegen zunehmender Verschlechterung seiner Leistungsfähigkeit im Mai 2003 sein Pensum auf 50 % reduziert und koche gegenwärtig nur noch am Mittag, währenddem für den Abend ein zweiter Koch angestellt worden sei (Urk. 7/9 S. 35). Die Einstellung eines zweiten Kochs hatte allerdings offenbar nur vorübergehenden Charakter. Gegenüber den C.____-Gutachtern führte der Versicherte nämlich wohl erneut aus, sein Pensum betrage seit dem Jahr 2003 nur 50 %, gab umgekehrt jedoch an, er sei der einzige Koch und koche allein für das Restaurant mit 50 Innen- und 60 Aussenplätzen (Urk. 7/17 S. 5 und S. 15), das gemäss dem Arbeitsplatzbeschreibung der Mutter (Urk. 7/9 S. 43) an sechs Tagen pro Woche (mit Ruhetag am Dienstag) jeweils von 8.30 bis 1.00 Uhr geöffnet ist. Und im späteren MEDAS-Gutachten findet sich die Aussage des Versicherten, man habe für ihn trotz der langjährigen Einschränkungen nie eine offizielle Vertretung angestellt (Urk. 7/40 S. 15). In Anbetracht dieser betrieblichen Verhältnisse zum einen und der Ergebnisse der Begutachtung durch das C.____ zum andern erscheint die von Dr. B.____ ab Mai 2003 attestierte Leistungseinschränkung um 50 % als zu hoch angesetzt. Der Versicherte erholte denn sein offizielles Arbeitspensum als Koch per 1. Januar 2005 auch wieder auf

75 %, dies nunmehr in Übereinstimmung mit der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der C.____-Gutachter, und er erhielt dafür gemäss dem Schreiben der Rechtsvertreterin an die SWICA vom 6. Januar 2006 und den beigelegten Lohnabrechnungen (Urk. 7/45 S. 131-140) den entsprechenden Lohn. Wenn er dabei geltend machen liess, dieses Einkommen enthalte einen erheblichen Soziallohnanteil (Urk. 7/45 S. 131), so ist dies unter den gegebenen Umständen auf jeden Fall bis Anfang 2005 nicht erwiesen. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. B.____ vermag daran nichts zu ändern, denn bei den Befunden, die er in seinem Bericht vom 13. März 2004 aufführte (Urk. 7/9 S. 31-32), handelt es sich im Wesentlichen um subjektive Schmerzangaben des Versicherten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst ist damit in der Zeit vom 22. September 2001 bis Anfang 2005 keine durchschnittliche mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten während eines Jahres nachgewiesen, weshalb in dieser Zeit das Wartejahr nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 in Kraft gewesenen Fassung) nicht bestanden werden konnte.

4.5.3 Ä Ä Ab 2005 bildete sich nach dem Dargelegten die selbständige psychische Problematik im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung heraus, wie sie im Gutachten MEDAS N.____ beschrieben ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführerin ist darin zuzustimmen (vgl. Urk. 1 S. 6, Urk. 20 S. 2 f.), dass es fraglich ist, ob die von der Rechtsprechung als massgeblich erachteten Kriterien (welche die Rechtsprechung als rechtliche Kriterien bezeichnet; vgl. BGE 137 V 66 Erw. 1) für ein leistungsbeeinträchtigendes Ausmass dieser Störung erfüllt sind, dies entgegen den Ausführungen in den Stellungnahmen des Versicherten (Urk. 16 S. 10 ff., Urk. 26 S. 3). Was das Kriterium der psychischen Komorbidität betrifft, so vermochte Dr. V.____ eine mittelgradige depressive Episode, wie sie das J.____ im Bericht vom 25. Mai 2006 stellte (Urk. 7/45 S. 94), nicht zu bestätigen, sondern er diagnostizierte nur eine leichte depressive Episode, möglicherweise rezidivierend im Rahmen einer Dysthymie (Urk. 7/40 S. 75). Die Depression ist somit nicht von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer im Sinne des Kriteriums der Komorbidität, was Dr. V.____ selber festhielt (Urk. 7/40 S. 81). Dr. V.____ bejahte hingegen die Kriterien des sozialen Rückzugs und des primären Krankheitsgewinns. Als chronische körperliche Begleiterkrankung im Sinne des entsprechenden weiteren Kriteriums sind die Halswirbelsäulendistorsionsverletzung und die Problematik im Bereich der Lendenwirbelsäule zu qualifizieren; die Distorsionsfolgen waren indessen schon zur Zeit des C.____-Gutachtens nur noch residuell vorhanden, und die Problematik im Bereich der Lendenwirbelsäule war allein von der somatischen Seite der Spondylolisthesis des Grades I (vgl. Urk. 7/40 S. 42) her betrachtet nicht ausgeprägt. Dementsprechend kann auch nicht von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen und Rehabilitationsbemühungen gesprochen werden; die gegenteilige Annahme des RAD-Psychiaters Dr. AA.____ (vgl. Urk. 7/57 S. 6 f.) leuchtet nicht ohne Weiteres ein.

4.5.4 Ä Ä Indessen ist aus den nachfolgenden Gründen - auch für die Zeit ab 2005 - unabhängig von den formalisierten Kriterien zur Beurteilung der Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung schon in rein tatsächlicher Hinsicht keine Beeinträchtigung des Versicherten in der Arbeitsfähigkeit als Koch um mehr als mehr als 25 % erwiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf seinen Tagesablauf berichtete der Versicherte gegen¼ber Dr. V.____, er hole morgens auf dem Weg zum Restaurant Brot, komme dort etwa um 8.00 Uhr an und lege sich bis gegen 11.00 Uhr hin. Die Mutter erledige die Vorbereitungen, ¼ber Mittag koche er dann mit ihr bis gegen 13.00 Uhr oder 13.30 Uhr, nachher habe er Zimmerstunde, gehe nach Hause und lege sich nachmittags wieder hin (Urk. 7/40 S. 72). Gegen¼ber den Gesamtgutachtern bezifferte der Versicherte seinen zeitlichen Einsatz auf je etwa 1 1/2 Stunden am Mittag und am Abend, jeweils zu den Spitzenzeiten, und gab an, er m¼sse sich zwischendurch hinlegen, wenn er l¼nger pr¼sent sei (Urk. 7/40 S. 17); gegen¼ber Dr. R.____ nannte er einen Zeiteinsatz von 2 bis 2 1/2 Stunden ¼ber Mittag und dann wieder abends, wobei er sich zwischendurch schmerzbedingt m¼sse hinlegen k¼nnen (Urk. 7/40 S. 38).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seinen Leistungsumfang schätzte der Versicherte selber auf etwa 40 % (Urk. 7/40 S. 38 und S. 60), und die MEDAS-Gutachter gingen gesamtheitlich von einer Arbeitsf¼higkeit von 50 % aus (Urk. 7/40 S. 31 zu Frage 10.2.3; vgl. auch Urk. 7/53 S. 75-76). Diese Einschätzungen stehen in einem gewissen Gegensatz zu den betrieblichen Verhältnissen im Restaurant Y.____. Das Restaurant umfasst gem¼ss den Angaben des Versicherten an¼sslich der Begutachtung durch das C.____ 50 Innen- und 60 Aussenpl¼tze (Urk. 7/17 S. 5 und S. 15), und gem¼ss den Schilderungen gegen¼ber den Gesamtgutachtern der MEDAS gibt es eine Gartenterrasse mit Grill und der Versicherte und seine Mutter bieten Spezialit¼ten an, f¼r die sie in der Region bekannt sind (Urk. 7/40 S. 15). Zur Arbeit f¼hrte der Versicherte aus, der Arbeitsanfall sei je nach Saison gr¼sser oder kleiner, man habe sehr viele Stammg¼ste. Am Vormittag k¼men bis zu 20 Arbeiter zum Zn¼hni, in der Hochsaison k¼nnten etwa 20 Mittagessen anfallen, am Abend etwa 20-30 Essen (Urk. 7/40 S. 15). Des Weiteren gab der Versicherte, wie schon oben erw¼hnt, gegen¼ber den Gutachtern der MEDAS an, er sei immer Alleinkoch gewesen, man habe f¼r ihn nie eine offizielle Vertretung angestellt, sondern seine Mutter ¼bernehme seine Aufgaben, wenn er ausfalle (Urk. 7/40 S. 14 ff.). Auch wenn der Versicherte ausf¼hrte, seine Mutter sei ausserordentlich leistungsf¼hig, sei eine sehr gute K¼chin, besorge auch die R¼starbeiten und die kalte K¼che und arbeite t¼glich w¼hrend 16 Stunden (Urk. 7/40 S. 14, S. 17 und S. 69), so ist doch schwer denkbar, dass die T¼tigkeit des Versicherten als Alleinkoch in einem gut gehenden Betrieb der dargelegten Gr¼sse und des dargelegten Angebots ihm erlauben sollte, seine Arbeit im geschilderten Mass der Schmerzsituation anzupassen und je nach Bedarf Pausen einzuschalten. Vielmehr stellt umgekehrt ein Restaurationsbetrieb mit den vom Versicherten beschriebenen Schwankungen im Arbeitsanfall bekanntermassen hohe Anforderungen an die Flexibilit¼t der Mitarbeitenden und insbesondere an einen Alleinkoch. Im ¼brigen spricht auch der Umstand, dass der Versicherte gem¼ss seinen Angaben neben der T¼tigkeit als Koch einen grossen Gem¼segarten betreibt und dort Tomaten, Zucchini und Salat f¼r das Restaurant zieht (Urk. 7/40 S. 16; vgl. auch S. 72), f¼r eine Arbeitsf¼higkeit, die ¼ber das attestierte Ausmass hinausgeht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Einschätzung, dass der Versicherte auch ab dem Jahr 2005 trotz der Entwicklung einer verselbst¼ndigten somatoformen Schmerzst¼rung zu etwa 75 % arbeitsf¼hig blieb, erscheint sodann auch als kompatibel mit den Arbeitsf¼higkeitseinschätzungen der MEDAS-Gutachter. So gelangte Dr. R.____ als Rheumatologe zur Beurteilung, aus der Sicht seines Fachgebietes bestehe eine 25%ige Leistungsminderung aufgrund eines schmerzbedingt vermehrten Bedarfs an Pausen (Urk.

7/40 S. 46). Auch Dr. V.____ nannte als Grund für die psychisch bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ebenfalls nur die Schmerzen (Urk. 7/40 S. 80 f.), während er den anderen psychischen Beeinträchtigungen, im Besonderen der leichten depressiven Verstimmung, kein leistungseinschränkendes Ausmass zuschrieb (Urk. 7/40 S. 78 und S. 79). Dass die Gesamtgutachter dann dennoch angaben, die Einschränkungen durch die psychischen Beschwerden beruhten zusätzlich zu den Schmerzen auf der chronischen Depressivität (Urk. 7/40 S. 31 zu Frage 10.2.2), steht im Widerspruch zur Beurteilung des Psychiaters. Der letzteren Beurteilung ist indessen wegen der fachlichen Spezialisierung der Vorzug zu geben. Damit kann davon ausgegangen werden, dass sich die vom Rheumatologen und vom Psychiater attestierten Einschränkungen mindestens teilweise überlappen.

4.6. Somit ist bereits aufgrund der Gutachten des C.____ und der MEDAS N.____, die nach dem Gesagten für die jeweils aktuellen Zeiträume beide beweistauglich sind, eine längerdauernde mehr als 25%ige Einschränkung des Versicherten in der Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Koch nicht erstellt. Bei diesem Beweisergebnis ist die beantragte Erstellung eines Obergutachtens nicht erforderlich, und auch die Frage nach dem Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. CC.____ kann offen bleiben.

4.7. Mit einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von lediglich 25 % für die angestammte Arbeit vermochte der Versicherte das Wartejahr nach Art. 29 Abs. 1 IVG (bis Ende 2007) beziehungsweise nach Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG (ab Anfang 2008) nicht zu bestehen, und auch eine rentenerhebliche Erwerbseinbusse ist nicht gegeben.

4.8. Damit ist die Beschwerde gutzuheissen und die rentenzusprechende Verfügung vom 9. Juni 2010 (einschliesslich der nachfolgenden Nachzahlungsverfügung vom 11. August 2010) ist aufzuheben.

5. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Von einer Kostenaufgabe gegenüber dem beigeladenen Versicherten ist abzusehen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die rentenzusprechende Verfügung vom 9. Juni 2010 (einschliesslich der nachfolgenden Nachzahlungsverfügung vom 11. August 2010) aufgehoben.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- GastroSocial Pensionskasse
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwältin Barbara Laur
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.