

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01039 vom 18. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01039

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01039 du 18 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01039 del 18 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Im Rahmen der Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs ist vorliegend zu prüfen, inwieweit der Beschwerdeführer in der Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2008 (Urk. 2/2) in invalidenversicherungsrechtlich bedeutsamer Weise in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Eine allfällige seither eingetretene Verschlechterung (Urk. 9/1-2) bildet nicht Gegenstand dieses Verfahrens (zur zeitlichen Grenze der Überprüfungsbefugnis vgl. BGE 130 V 445 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (seit 1. Januar 2008: Art. 7 Abs. 1 ATSG; entspricht dem bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Art. 7 ATSG). Gemäss dem im Rahmen der 5. IV-Revision neu eingefügten, im Wesentlichen dem bisherigen Recht entsprechenden (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 6 zu Art. 7; BGE 135 V 215 Erw. 7.3) und seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des

Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2. Hinsichtlich der Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Leistungsfähigkeit gingen die IV-Stelle (Urk. 2/2, Urk. 2/8, Urk. 6) und der Beschwerdeführer (Urk. 2/1 S. 2, Urk. 8 S. 2) - gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 10. Januar 2008 (Urk. 2/9/53) - übereinstimmend von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidendangepassten Tätigkeit aus.

E. 3

3.1 Dr. med. Y. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte am 31. Mai 2006 folgende Diagnosen (Urk. 2/9/13 S. 1):

- Agoraphobie mit Panikstörung, ICD-10 F40.01
- Mittel- bis schwergradige depressive Störung, ICD-10 F32.1, F32.2, auf dem Boden einer
- anankastischen Persönlichkeit
- Chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenveränderungen
- Status nach Arbeitsunfällen 2000 und 2002

Der - depressiv, ängstlich und innerlich verspannt wirkende - Beschwerdeführer werde medikamentös (Saroten R, Buspar) und - im Rahmen von alle zwei bis drei Wochen durchgeführten entsprechenden Sitzungen - psychotherapeutisch behandelt. Das psychische Leiden habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aufgrund seiner Ängste sei der Patient ausserstande, in einen Laden zu gehen. Das Lenken eines Autos sei ihm - kurzstreckig und in Begleitung seiner Ehefrau - noch erlaubt (Urk. 2/9/13 S. 2).

3.2 Dr. med. Z. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 28. Juni 2006 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/9/16 S. 3):

- Chronisches Schmerzsyndrom folgender Ätiologien:
- Posttraumatische chronische Zerviko-Zephalie mit Übergang in eine Migräne
- Rezidivierendes bis chronisches lumbospondylogenes Syndrom
- Status nach medialer Diskushernie L4/5 im Jahr 2002
- Status nach Radiusfraktur rechts und Beckenkontusion im Jahr 2000
- Mittel- bis schwergradige depressive Störung
- Agoraphobie mit Panikstörung

Überdies bestehe eine - die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigende - milde arterielle Hypertonie. Seit Oktober 2005 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 2/9/16 S. 3). Es sei ihm keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 2/9/16 S. 5).

3.3 Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, der den Beschwerdeführer vom 26. Januar 2000 bis 24. September 2001 behandelt hatte (Urk. 2/9/17 S. 6), stellte am 10. Juli 2006 folgende Diagnosen (Urk. 2/9/17 S. 5):

- Zervikovertebral- und Lumbovertebralsyndrom bei depressiver, angstvoller Stimmungslage

- Undislozierte Radiusfraktur und Kniekontusion rechts

Ab dem 1. Oktober 2001 habe wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 2/9/17 S. 5).

Dr. med. B. ____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte am 10. Juli 2006 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/9/18 S. 1):

- Chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom bei/mit

- bilateraler Diskushernie L4/5 mit intraspinalen Kontakt L5 beidseits, Protrusion L3/4 und L5/S1

- Osteochondrosen L3/4, L4/5 und L5/S1

- chronischem Zervikovertebralsyndrom bei medianer Diskushernie C4/5 und Spondylosis deformans C3/C7

- Depressive Entwicklung

Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus den überdies bestehenden chronischen Knieschmerzen rechts bei Status nach Arthroskopie und der anteromedialen Rotationsinstabilität rechts (Urk. 2/9/18 S. 1). Die multiplen degenerativen Veränderungen insbesondere im lumbalen Bereich vermöchten die therapieresistenten Beschwerden hinreichend zu erklären (Urk. 2/9/19 S. 2). Als Maurer sei der Patient sei dem 1. Oktober 2005 vollständig arbeitsunfähig (Urk. 2/9/19 S. 1). Während die Ausübung einer rückenbelastenden Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, erscheine - nach eingehender Besprechung mit dem Beschwerdeführer - eine Umschulung zum Kleinbuschauffeur als gute Möglichkeit, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. In einer geeigneten Tätigkeit könne - aus physischer Sicht - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 2/9/18 S. 2 und S. 4).

In seinem Bericht vom 26. Mai 2007 stellte Dr. Y. ____, folgende, seit einigen Jahren bestehende und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnosen (Urk. 2/9/36 S. 1):

- Mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11, F33.2) auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit (ICD-10 F60.5)

- Panikstörung, ICD-10 F41.0

- Chronifiziertes zervikozephal und lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach einem Arbeitsunfall am 27. November 2000

Nach Beginn der psychiatrischen Behandlung im Oktober 1999 sei es im Herbst 2005 zu einer - anhaltenden - Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen. Trotz entsprechender - auch medikamentöser (Antidepressiva, Anxiolytika) - Therapiebemühungen habe sich keine Beschwerdebesserung mehr erzielen lassen (Urk. 2/9/36 S. 3). Angesichts der bestehenden Komorbidität sei nicht damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer (auch in einer

leidensangepassten Tätigkeit) wieder eine Arbeitsfähigkeit erlangen werde (Urk. 2/9/36 S. 5).

3.6 Nachdem sie den Beschwerdeführer am 20., 22. und 23. August 2007 polydisziplinär untersucht hatten, stellten die Ärzte der MEDAS C. ___ in ihrem Gutachten vom 10. Januar 2008 (Urk. 2/9/53) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/9/53 S. 16 f.):

- Chronisches Schmerzsyndrom lumbal mit Ausstrahlung ins linke Bein, im Sinne eines geringgradig objektivierbaren lumbovertebralen bis lumbospondylogenen Syndroms links
- Gonalgien beidseits, linksbetont, unspezifisch, mit
- Mitbeteiligung leichter degenerativer Veränderung im medialen Femurkondylus (Arthroskopie vom 5. März 2006, neuere Röntgenbilder)
- Chronisches Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, unspezifisch
- Anamnestisch rezidivierende depressive Stimmung, zurzeit leichtgradig, ICD-10 F33.0
- Symptomausweitung

Keine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen (Urk. 2/9/53 S. 17):

- Status nach undislozierter Radiusfraktur rechts sowie Kniekontusion rechts am 27. November 2000
- Status nach Ureterstein rechts 1997, arterielle Hypertonie
- Adipositas (BMI 32 kg/m²)
- Status nach Hepatitis B

Als Nebenbefunde seien klinisch nicht relevante Knick-Senkfüsse beidseits sowie eine Dysphagie festgestellt worden (Urk. 2/9/53 S. 17).

Aufgrund der rheumatologischen Befunde sei dem Beschwerdeführer die bisher ausgeübte schwere körperliche Arbeit nicht mehr zumutbar; in einer leichten bis körperlich mittelschweren Tätigkeit ohne repetitiv kniende Arbeiten bestehe dagegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der psychischen Gesundheitsstörung sei der Explorand seit Dezember 2005 (Urk. 2/9/53 S. 18) noch in der Lage, einer adaptierten Tätigkeit im Pensum von 70 % nachzugehen (Urk. 2/9/53 S. 17).

3.7 Dr. B. ___ stellte am 3. Januar 2011 folgende Diagnosen (Urk. 9/1):

- Chronisches Zervikovertebralsyndrom bei rechts foraminaler Diskushernie mit Verdacht auf Kompression C7 rechts, Hyperlordose der Halswirbelsäule (HWS) mit lordotischer Knickbildung C4/5
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei mehrsegmentaler Spondylarthrose und foraminaler Stenose L4/5 und L5/S1 beidseits, Osteochondrosen L3/4, L4/5 und L5/S1, Protrusion L3/4 und L5/S1, Diskushernie L4/5
- Reaktive Depression

Der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter zum Teil immobilisierenden Kreuzschmerzen mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in die Beine. Daneben beständen chronifizierte Nackenschmerzen mit spondylogenen beziehungsweise radikulären Ausstrahlungen in den rechten Arm und Dysästhesien über Dermatom C7 bei Spondylosis deformans C3-C7 und medialer Diskushernie C4/5. Für rückbelastende Arbeiten bestehe eine geringe und für rückenadaptierte Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/1).

Dr. Z. ___ berichtete am 19. Januar 2011 über sieben - im Zusammenhang mit chronischen Rückenschmerzen, chronischer Rhinosinusitis beziehungsweise Kopf- und Nackenschmerzen bei Rhinitis und Verdacht auf Sinusitis frontalis sowie seit Ende 2009 langsam zunehmenden Schmerzen im linken Fussgelenk - zwischen dem 24. November 2008 und dem 14. Januar 2011 stattgefundene Konsultationen (Urk. 9/2).

E. 4

Das Gutachten der MEDAS vom 10. Januar 2008 (Urk. 2/9/53), auf das die IV-Stelle ihre Verfügung vom 31. Juli 2008 (Urk. 2/2) im Wesentlichen stützte und auf das sich auch der Beschwerdeführer berief (Urk. 2/1, Urk. 8), äussert sich umfassend zu den vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 2/9/53 S. 16 ff.). Es basiert auf eingehenden internistischen (Urk. 2/9/53 S. 14), rheumatologischen (Urk. 2/9/52, Urk. 2/9/53 S. 15) und psychiatrischen (Urk. 2/9/51, Urk. 2/9/53 S. 15) Untersuchungen, berücksichtigt die vom Exploranden geklagten Beschwerden (Urk. 2/9/53 S. 12 f.) und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten (Urk. 2/9/53 S. 1-10). Die Gutachter begründeten ihre Beurteilung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes beziehungsweise der Auswirkungen der festgestellten Defizite auf die Leistungsfähigkeit sodann ausführlich und nachvollziehbar. So legten sie einleuchtend dar, dass die - eher geringfügigen (Urk. 2/9/52 S. 7 f.) - rheumatologischen Befunde den Beschwerdeführer lediglich insofern in seiner Leistungsfähigkeit einschränkten, als diesem (in zeitlich uneingeschränktem Umfang) ausschliesslich noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitiv kniende Arbeiten zumutbar seien (Urk. 2/9/53 S. 16 und S. 17). Diese Einschätzung lässt sich ohne Weiteres vereinbaren mit der Beurteilung von Dr. A. ___ vom 10. Juli 2006 (Urk. 2/9/17 S. 5) und derjenigen der behandelnden Ärztin Dr. B. ___ vom 10. Juli 2006 (Urk. 2/9/18). Was die psychische Symptomatik anbelangt, führte der Psychiater der MEDAS überzeugend aus, dass die von Dr. Y. ___ diagnostizierte mittelschwere bis schwere depressive Störung (Urk. 2/9/13 S. 1, Urk. 2/9/36 S. 1) im Widerspruch zur verordneten sehr geringen antidepressiven Medikation beziehungsweise zur fast fehlenden antidepressiven Behandlung stehe und sich auch keine erhebliche ängstliche Symptomatik mehr feststellen lasse. Die attestierte maximale 30%ige Arbeitsunfähigkeit begründeten die Gutachter schlüssig mit der - angesichts des kaum feststellbaren Leidensdrucks sowie der fehlenden sozialen Isolation - höchstens leichten depressiven Episode und der - aufgrund des nachhaltigen Klagens über nur teilweise mit einem somatischen Korrelat erklärbare Schmerzen und der mangelnden Kooperation bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung festgestellten - Symptomausweitung (Urk. 2/9/51 S. 4 und S. 5, Urk. 2/9/53 S. 15 und S. 17 f.). Gestützt auf die demnach beweiskräftige (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c) fragliche Expertise (Urk. 2/9/53) ist daher von einer - aus psychischen Gründen um maximal 30 % reduzierten - Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit auszugehen.

4.2.2.2.2. Im Rahmen der Beurteilung des Rentenanspruchs ist die höchstens 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer den organisch bedingten Beeinträchtigungen Rechnung tragenden Tätigkeit beziehungsweise die dieser zugrunde liegende psychische Beeinträchtigung, sofern sie denn überhaupt einen dauerhaften Gesundheitsschaden darstellt, indes insofern irrelevant, als ihr kein invalidisierender Charakter zukommt. Nach Lage der Akten ist nämlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, ist, dass der Beschwerdeführer bei zumutbarer Willensanstrengung in der Lage wäre, die - relativ geringfügige - psychische Störung zu überwinden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2009, 8C_746/2009, Erw. 4, sowie BGE 132 V 393 Erw. 3.2). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang einerseits darauf, dass es sich bei der vom begutachtenden Psychiater festgestellten Symptomausweitung um keine eigentliche Diagnose, sondern lediglich um ein Symptom handelt, und andererseits darauf, dass die überdies bestehende depressive Episode (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 10. Oktober 2007, Urk. 2/9/51 S. 5 und S. 6) definitionsgemäss ein lediglich vorübergehendes Leiden darstellt, das im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauert (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007, I 510/06 Erw. 6.3, mit Hinweis auf Dilling/Mombour/ Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 5. Aufl., Bern 2005, S. 142 ff.). Was die sich vordergründig (jedoch ebenfalls nur in geringem Mass [Urk. 2/9/51 S. 6]) negativ in der Leistungsfähigkeit niederschlagende - gar nur teilweise mit der depressiven Symptomatik zu erklärende und im übrigen anlagebedingte (Urk. 2/9/51 S. 6), mithin invaliditätsfremde - Antriebsstörung anbelangt, ist diese gemäss dem begutachtenden Psychiater der Aufnahme des - dringend angezeigten und zumutbaren - beruflichen Trainings zur Wiedereingliederung keineswegs hinderlich (Urk. 2/9/51 S. 5). Für den Fall, dass die berufliche Integration gelinge und - damit einhergehend - das Selbstvertrauen gestärkt werde, hielten es die Gutachter für durchaus denkbar, dass der Beschwerdeführer aus psychischer Sicht wieder eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit erreiche (Urk. 2/9/51 S. 5, Urk. 2/9/53 S. 17). Nach dem Gesagten kann daher vom Beschwerdeführer trotz des psychischen Leidens willensmässig erwartet werden, dass er vollzeitlich einer leichten bis körperlich mittelschweren Erwerbstätigkeit ohne repetitiv kniende Arbeiten nachgehe.

4.3.2.2.2. Angesichts der Zumutbarkeit einer vollzeitlichen Arbeitstätigkeit ist bei der Berechnung des Invalideneinkommens gestützt auf den standardisierten monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'732.-- (Männer im privaten Sektor im Jahr 2006 bei Ausübung von Tätigkeiten gemäss Anforderungsniveau 4 und einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden; vgl. LSE 2006, S. 25, Tabelle TA1) sowie die im Jahr 2006 geltende betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2009, S. 98, Tabelle B9.2) von einem Jahreslohn von Fr. 59'197.32 auszugehen. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ist dem Valideneinkommen von Fr. 65'345.-- (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2010, 9C_232/2010, Erw. 3.3 in fine [Urk. 2/15]) folglich ein Invalideneinkommen von Fr. 53'278.-- gegenüber zu stellen. Aus diesem Einkommensvergleich resultiert ein Invaliditätsgrad von rund 18 % (zu den Berechnungsgrundlagen vgl. Erw. 3.3 des Urteils des hiesigen Gerichts vom 12. Februar 2010 im Prozess Nr. IV.2008.00852 in Sachen der Parteien [Urk. 2/11]). Die IV-Stelle hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers demnach im Ergebnis zu Recht verneint.

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des erstinstanzlichen Verfahrens sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Stäni, unter Beilage eines Doppels von Urk. 6
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je eines Doppels von Urk. 8 und Urk. 9/1-2
- Swiss Life
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.