

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00601 vom 12. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00601](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00601)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00601 du 12 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00601 del 12 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Die Ärzte des Stadtsitals B. stellen in ihrem Bericht vom 19. Mai 2009 (Urk. 8/41/6-7) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1):

- Commotio cerebri
- Kontusion Schulter rechts, Vorderarm rechts, Knie rechts nach einem Sturz am 11. März 2009 in einer Waschanlage

Die Ärzte fährten aus, dass am 11. März 2009 eine ambulante Behandlung des Beschwerdeführers ohne weitere Nachkontrollen stattgefunden habe (vgl. Urk. 8/32/1-2). Der Beschwerdeführer sei in einer Waschanlage gestürzt und dabei auf den Hinterkopf gefallen. An den Sturz könne er sich nicht erinnern und auch nicht an den Transport. Das CT des Schädels habe weder intrakranielle Blutungen noch eine Raumforderung gezeigt. Auch die angefertigten Röntgenaufnahmen hätten keine ossären Läsionen ergeben. Die Prognose sei dahingehend, dass die Kontusionen allesamt ohne Folgen abheilen würden. Über den Verlauf der Commotio cerebri könne keine Aussagen gemacht werden (S. 1 Ziff. 1.2-1.4). Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden und aufgrund der erhobenen Befunde seien keine psychischen, geistigen oder körperlichen Einschränkungen zu erwarten (S. 2 Ziff. 1.6-1.7).

3.2 Die Fachpersonen der Rehaklinik C. stellen in ihrem nach stationärem Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 4. August bis zum 29. Oktober 2009 erstellten psychiatrischen Bericht vom 29. Oktober 2009 (Urk. 8/57/5-7) folgende Diagnosen (S. 1):

- chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen und chronifizierten Schmerzen infolge einer Kriegstraumatisierung (F 43.1)
- Arbeitsunfall vom 11. März 2009: Stolpersturz mit dem Hinterkopf auf eine Reinigungsmaschine
- leichte traumatische Hirnverletzung, Amnesie für das Unfallereignis
- Kontusionen der Schulter, des Unterarms und des Knies rechts, persistierende Schmerzen
- metabolisches Syndrom
- Adipositas
- Störung der Glukosetoleranz
- Dyslipidämie

Die Fachpersonen führten aus, aus den vorliegenden Untersuchungsbefunden und den ausführlichen klinischen Beobachtungen lasse sich beim Beschwerdeführer zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer chronifizierten posttraumatischen Störung mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen und einer Schmerzsymptomatik stellen. Im Vordergrund stehe die komplexe Traumatisierung als junger Mann im Bürgerkriegsgeschehen in Sri Lanka. Unklar bleibe, wann das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung das erste Mal aufgetreten sei. Die bis vor dem Unfall mehr oder weniger gelungene Lebensbewältigung weise auf einen zeitweise erfolgreich funktionierenden Abwehrmechanismus hin. Im berufsorientierten Training sei die Ausführung von einfachen Arbeiten halbtags in geschütztem Rahmen möglich gewesen. Die Leistungen seien jedoch sehr schwankend gewesen. Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Längerfristig könne nicht ausgeschlossen werden, dass eine Teilzeitarbeitsfähigkeit wieder möglich sein werde (S. 3).

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, stellte in seinem Bericht vom 5. Juli 2010 (Urk. 8/54/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Depression mit rezidivierenden Migräneattacken bei chronifizierter posttraumatischer Belastungsstörung mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen und chronifizierten Schmerzen infolge einer Kriegstraumatisierung (ICD 10 F 43.1)
- Status nach Arbeitsunfall am 11. März 2009 mit Sturz auf den Hinterkopf, traumatischer Hirnverletzung und retrograder Amnesie sowie Kontusion der Schulter, des Unterarms und des rechten Knies mit persistierenden Schmerzen bis heute
- metabolisches Syndrom mit Adipositas, Störung der Glukosetoleranz und Dyslipidämie

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 24. Dezember 1999 bei ihm in Behandlung sei, wobei die letzte Kontrolle am 5. Juli 2010 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer klage über starke Schmerzen, sei müde und sage wiederholt, dass er wegen der Schmerzen an Kopf und der rechten Schulter nicht arbeiten könne. Die Prognose sei schlecht und die Arbeitsunfähigkeit sei bei 100 % bleibend, ohne derzeitige Aussicht auf Steigerung (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei seit dem 11. März 2009 bis heute in seiner ursprünglichen Tätigkeit bleibend zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Da er stark verlangsamt sei, starke Konzentrations- und Schwindelstörungen habe und über wiederholt auftretende Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Schulter klage, sei eine Arbeitsfähigkeit nicht in Sicht (Ziff. 1.7). Eine wechselbelastende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer maximal im Umfang von 2 Stunden zumutbar bei einer maximalen Gewichtslimite von 2 kg. Aufgrund der psychischen Erkrankung seien Konzentrations-, und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seit dem 11. März 2009 eingeschränkt (S. 4).

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 28. Juli 2010 (Urk. 8/57/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1), behandlungsbedürftig seit März 2009

- Status nach mehreren StolperstÄ¼rzen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. E.\_\_\_\_ fÄ¼hrte aus, dass der BeschwerdefÄ¼hrer vom 17. MÄrz bis zum 2. Juli 2009 und vom 13. Juli 2010 an bei ihr in Behandlung gewesen sei, wobei die letzte Kontrolle am 26. Juli 2010 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Der BeschwerdefÄ¼hrer wÄ¼nsche eine BeschÄ¼ftigung, wobei verschiedene Arbeitsversuche jedoch bisher gescheitert seien. Eine BeschÄ¼ftigung in einer geschÄ¼tzten Werkstatt kÄ¼nnte hilfreich sei (Ziff. 1.5). In der bisherigen TÄ¼tigkeit als Chauffeur bestehe aufgrund der VerwirrheitszustÄ¼nde, der Absenzen, der Vergesslichkeit, der KonzentrationsstÄ¼rungen, der Reizbarkeit und der WutausbrÄ¼che seit dem 11. MÄrz 2009 bis auf Weiteres eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit (Ziff. 1.6-7).

3.5 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F.\_\_\_\_, Leiter des Ambulatoriums fÄ¼r Folter- und Kriegsopfer, G.\_\_\_\_ (G.\_\_\_\_), stellte in seinem Bericht vom 5. Oktober 2010 (Urk. 8/68) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (Ziff. 1.1):

- posttraumatische BelastungsstÄ¼rung (F 43.1)

- gemischte dissoziative StÄ¼rung (F 44.7)

- Verdacht auf Spannungskopfschmerzen

- Verdacht auf InnenohrschwerhÄ¼rigkeit rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F.\_\_\_\_ fÄ¼hrte aus, dass sich der BeschwerdefÄ¼hrer seit dem 29. Juli 2010 bei ihm in Behandlung befinde, wobei die letzte Kontrolle am 30. September 2010 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Der BeschwerdefÄ¼hrer habe wÄ¼hrend des BÄ¼rgerkrieges in Sri Lanka multiple schwere Erfahrungen gemacht und sei vor etwa 20 Jahren in die Schweiz geflÄ¼chtet, wo er sich zunÄ¼chst relativ gut integriert und in verschiedenen Bereichen gearbeitet habe. Am 11. MÄrz 2009 sei es zu einem Bagatellunfall bei der Arbeit gekommen, bei welchem sich der BeschwerdefÄ¼hrer eine leichte traumatische Hirnverletzung sowie eine Schulterkontusion zugezogen habe. In der unmittelbaren Folge sei es zu einer deutlichen Zustandsverschlechterung mit hÄ¼ufigen Absenzen und starker Vergesslichkeit sowie KonzentrationsstÄ¼rungen gekommen. BezÄ¼glich des traumatischen Lebenshintergrundes finde sich ein ausgeprÄ¼gtes Vermeidungsverhalten, so dass psychosomatische ZusammenhÄ¼nge sich ihm nur schwer erschlÄ¼ssen und er einen Zusammenhang mit der Vergangenheit ablehne. Dr. F.\_\_\_\_ fÄ¼hrte aus, es sei in jedem GesprÄ¼ch mehrfach zu Dissoziationen gekommen, welche von einer vÄ¼lligen Amnesie bezÄ¼glich des vorangegangenen GesprÄ¼chsinhaltes begleitet gewesen seien. Die Dissoziationen trÄ¼ten immer dann auf, wenn sich das GesprÄ¼ch thematisch der Vergangenheit annÄ¼here und seien jeweils von Schmerzen im Hinterkopf begleitet (Ziff. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der bisherigen TÄ¼tigkeit als Chauffeur bestehe seit dem 29. Juli 2010 bis auf weiteres eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit. Neben den starken EinschrÄ¼nkungen von Konzentration und GedÄ¼chtnis seien vor allem die dissoziativen AusfÄ¼lle stark limitierend. Psychisch bestehe eine leichtgradige depressive Symptomatik, welche der BeschwerdefÄ¼hrer jedoch aufgrund seiner hohen Arbeitsmotivation Ä¼berwinden kÄ¼nnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Dissoziationen fÄ¼hrten hÄ¼ufig zu TotalausfÄ¼llen, wÄ¼hrend derer der BeschwerdefÄ¼hrer vÄ¼llig vom RealitÄ¼tsbezug entkoppelt und areaktiv gegenÄ¼ber Umweltreizen sei. Die Minderung von Konzentration und GedÄ¼chtnis

hätten mangelnde Instruierbarkeit und häufige Fehler in der Arbeitsausführung zur Folge. Die erhöhte Reizbarkeit und verminderte Impulskontrolle könnte zu aggressiven Durchbrüchen führen, welche früher offenbar schon Tätlichkeiten nach sich gezogen hätten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des nun schon länger dauernden Krankheitsausfalles sei zu Beginn eine 50%ige Tätigkeit an einem geschätzten Arbeitsplatz zu empfehlen. Die Arbeit sollte keine hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und Flexibilität stellen und nicht mit zeitlichem oder übermäßigem Druck einhergehen. Interpersonelle Reibungsflächen seien zu vermeiden. Aufgrund des spezifischen Interesses wäre eine technische Tätigkeit wünschenswert. Situationen mit erhöhtem Gefahrenpotential, beispielsweise das Bedienen von Maschinen oder Führen von Fahrzeugen, seien unbedingt zu vermeiden. Aufgrund der Schulterbeschwerden dürfte eine handwerkliche Tätigkeit nicht in Betracht kommen (Ziff. 1.6-7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Aufnahme einer geschätzten Arbeitstätigkeit sei ab sofort zu einem Pensum von 50 % möglich. Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei im Moment nicht absehbar (Ziff. 1.9).

### 3.6 Ä Ä Ä

3.6.1 Ä Ä Am 8. Dezember 2010 erstatteten die begutachtenden Ärzte des Z.\_\_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 8/69). Zusammenfassend führten die begutachtenden Ärzte aus, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen (S. 19 lit. E Ziff. 1) und stellten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 lit. E Ziff. 2):

- panvertebrales Schmerzsyndrom bei MRI-gesicherter axialer Spondylarthritis ohne humorale Aktivität, HLA-B 27 negativ, röntgenologisch weitgehend altersassoziierte ventrale Spondylophyten HWK5/6 sowie Unkarthrose C4/5 sowie ventrale Syndesmophyten der Brustwirbelsäule (BWS) und blander Spondylophyt am Oberrand der Symphyse sowie blander Ansatzendinopathie Trochanter major beidseits, anhaltende statische Fehl- und Überbelastung des Achsenorgans und des Rumpfes bei Adipositas

- blande Supraspinatussehnenläsion rechte Schulter und beginnende AC-Gelenkarthrose mit PHS

- histrionische Unfallverarbeitung mit nicht näher bezeichneter dissoziativer Störung F 44.9

- Status nach Stolpersturz vom 11. März 2009 mit Kopfanprall occipital, ohne Nachweis intracerebraler Schädigungen, insbesondere ohne Hinweis für minimal-brain-damage, kein Hinweis für Epilepsie

- Adipositas

3.6.2 Ä Ä Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie- und Psychotherapie, stellte in ihrem Teilgutachten über die psychiatrische Untersuchung vom 20. Oktober 2010 fest, dass keine psychiatrische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine histrionische Unfallverarbeitung mit nicht näher bezeichneter dissoziativer Störung (S. 41 Ziff. 3). Anlässlich der Anamneseerhebung habe der Beschwerdeführer ausgeführt, dass seit seinem Unfall im Jahr 2009 sein Kopf nicht mehr in Ordnung sei. Er sei oft aggressiv, leide

unter Kopfschmerzen und auch sein rechter Arm und seine rechte Hand schmerzten. Er wisse oft nicht mehr, wo er sei, weshalb er immer einen Zettel mit seiner Adresse und seinem Namen mit sich trage, damit er zurückgebracht werden könne, wenn er sich verlaufe (S. 37 f. Ziff. 1). Er sei seit eineinhalb Jahren ein kranker Mann. Er stehe morgens unregelmäßig auf und versuche etwas im Haushalt zu helfen, da seine Frau durch die Erkrankung an der Erledigung des Haushalts ebenfalls gehindert sei. Seine Frau schreie oft zuhause. Er fahre noch maximal zwei Kilometer mit dem Auto, etwa zum Einkaufen. Zu Landsleuten habe er eigentlich viel Kontakt, ziehe sich aber wegen seiner Erkrankung jetzt mehr zurück. Mit seiner Lebenssituation sei er insgesamt unzufrieden (S. 39 oben Ziff. 1).

Dr. H. berichtete, laut Angaben des Beschwerdeführers sei dieser selbstständig mit dem Zug von T. angereist, habe die Adresse dann nicht genau gefunden und darum einen Landsmann um Auskunft gebeten. Der Beschwerdeführer habe ihr zur Begrüssung die linke Hand gereicht und auf entsprechende Nachfrage hin, ob er Linkshänder sei, angegeben, dass er eigentlich Rechtshänder sei, aber dermassen starke Schmerzen im gesamten rechten Arm und in der rechten Hand habe, dass er einen Handgedruck nicht aushalte. Bereits bei der Begrüssung habe der Beschwerdeführer wiederholt gestöhnt, und einen extrem leidenden Eindruck demonstriert. Dr. H. führte aus, dass demonstrative Äusserungen mit Hyperventilation im Vordergrund gestanden hätten (S. 39 Ziff. 2).

Der Beschwerdeführer habe angegeben, immer wieder gedanklich abwesend und unaufmerksam zu sein, wobei er eine starke Erschöpfung bei der Beantwortung der gestellten Fragen demonstriert habe. Bei Ablenkung oder energischer sachlicher Ansprache habe er sich jedoch immer wieder adäquat äussern können, so dass eine echte Aufmerksamkeitsstörung oder eine Konzentrationseinschränkung nicht validierbar gewesen seien. Die vom Beschwerdeführer dargebotenen Gedächtnislücken seien sehr widersprüchlich und echte anamnestiche Lücken hinsichtlich des Kurzzeit- oder des Langzeitgedächtnisses seien nicht gegeben. Aufgrund der wenigen Deutschkenntnisse sei während der gesamten Untersuchung eine tamilisch-sprechende Übersetzerin anwesend gewesen. Formale oder inhaltliche Denkstörungen seien nicht erkennbar gewesen und sowohl die Sprache als auch die Wortwahl seien auch nach Auskunft der Übersetzerin normal gewesen (S. 40 oben Ziff. 2).

Dr. H. führte aus, dass der Beschwerdeführer bewusstseinsferne Zustände mit Gedächtnisstörungen demonstriert habe, wobei die Ich-Funktion selbst jedoch ungestört erschien und keine krankhaften Persönlichkeitsmerkmale vorgelegen hätten.

Insgesamt beständen deutliche demonstrative und dramatisierende Tendenzen. So greife sich der Beschwerdeführer immer wieder an den Kopf, stöhne laut, hyperventiliere und klage über hochgradige Schmerzen im Bereich des rechten Armes, wobei erhebliche Verdeutlichungstendenzen zu beobachten seien (S. 40 unten Ziff. 2).

Zusammenfassend hielt Dr. H. fest, dass aus objektiver Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer weise gute Anteile der Affektkontrolle-, der Willens- und Antriebsbildung auf, um seine Störungen

zu überwinden. Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung oder auf die Fehlverarbeitung von Kriegserlebnissen während der Exploration keine gewonnen werden können. Auch sei der Beschwerdeführer über 14 Jahre beruflich integriert gewesen, was alleine schon gegen eine ausgeprägte, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende posttraumatische Belastungsstörung spreche. Die demonstrativen, bewusstseinsnahen Symptombilder seien zudem nicht in das Krankheitsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung einzuordnen. Hinweise für eine affektive Erkrankung wie eine Depression lägen keine vor (S. 41 f. Ziff. 4).

3.6.3 Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete in seinem Hauptgutachten, dass sich der Beschwerdeführer vor dem Untersuchungsbesuch beim Aufrufen in der Wartezone sofort klagend gegeben und sich stöhnend mit pustender Atmung den Hinterkopf gehalten habe. Im Gangbild habe er sich gebeugt und leidend gezeigt, wobei eine konkrete Ataxie nicht aufgefallen sei. Nach der Beendigung der Untersuchung sei das Gangbild jedoch aufrecht gewesen und es habe sich auch keine Kopfschmerzsymptomatik gezeigt (S. 13 lit. D Ziff. 1.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bereits bei der Frage nach einer groben Schätzung der antegraden Amnesie habe der Beschwerdeführer sodann einen Ausnahmezustand demonstriert, wobei er auf den Tisch geklatscht habe, vom Stuhl aufgesprungen sei, den Kleiderständer ergriffen und sich aus dem Zimmer begeben habe. Mit hyperventilierender Atmung habe sich der Beschwerdeführer auf einen dort stehenden Stuhl gesetzt und mit expressiv leidender Mimik Erschöpfung demonstriert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der folgenden Befragung habe der Beschwerdeführer angegeben, keine Erinnerungen mehr an diesen Zustand zu haben. Dennoch habe er sich beim Verlassen des Instituts für diesen Zustand entschuldigt (S. 12 lit. C Ziff. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch sei bei der Oculomotorikprüfung exakt mit Beginn der Prüfung ein fixierter starrer Blick aufgefallen, wobei der Beschwerdeführer angegeben habe, in dieser Zeit nicht reaktionsfähig zu sein und sich an nichts mehr erinnern zu können. Diese absenzartige Demonstration sei nur auf die Dauer der Oculomotorikuntersuchung beschränkt gewesen. Bei Ablenkung sei nichts mehr zu erkennen gewesen (S. 14 lit. D Ziff. 1.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I. \_\_\_\_, für Neurologie, berichtete, dass aus neurologischer Perspektive keine Diagnose zu stellen sei, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Die während der Untersuchung gezeigten Ausnahmezustände seien durchwegs eher bewusstseinsnahe und durch konkrete Vermeidungsbemühungen gekennzeichnet (S. 17 lit. D Ziff. 1.3).

3.6.4 Zusammenfassend hielten die begutachtenden Ärzte fest, dass in der Darstellung der Leidensgeschichte des Beschwerdeführers erhebliche Inkonsistenzen, insbesondere auch relativ bewusstseinsnahe Vermeidungsbemühungen aufgefallen seien. Insbesondere habe der gezeigte Erregungszustand in der neurologischen Begutachtung, ähnlich auch in der psychiatrischen Begutachtung, auf beide Untersucher bewusstseinsnahe intendiert gewirkt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht werde eine histrionische Unfallverarbeitung mit nicht näher bezeichneter dissoziativer Störung diagnostiziert. Eine darüber hinausgehende Diagnose einer extern angenommenen posttraumatischen

Belastungsstörung oder einer anderweitigen psychiatrischen Diagnose könne nicht bestätigt werden. Alleine schon die Tatsache, dass der Beschwerdeführer langjährig beruflich voll integriert und voll arbeitstätig gewesen sei, widerspreche der Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung durch die früher erlittenen Kriegshandlungen in der Heimat (S. 20 lit. F).

Die hier dargebotenen Gedächtnisstörungen seien durch die mangelnde Kooperation des Beschwerdeführers erklärt, nicht aber in der Sache medizinisch objektiv begründbar. Auf die Unglaubwürdigkeit der angegebenen Gedächtnisstörung hätten sowohl die neurologische wie auch die psychiatrische Begutachtung hingewiesen.

Es beständen lediglich auf orthopädischem Fachgebiet Diagnosen, welche für das Belastungsprofil Relevanz hätten, bei geeigneter Tätigkeit jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar machten (S. 20 f. lit. F.).

Eine leichte bis mittelgradige rückenadaptierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer vollumfänglich zumutbar. Arbeiten mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf sollten vermieden werden. Wegen der blanden Pathologie der rechten Schulter mit subjektiv intensiver Schmerzschilderung seien keine Arbeiten in Überschulterhöhe möglich. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg limitiert. In einer qualitativ angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Als qualitativ angepasst seien auch die bisherigen Tätigkeiten als Hilfstechniker, im Hotelgewerbe, als Servicemitarbeiter, in der Textilreinigung und als Verkäufer und Kassierer zu werten (S. 21 lit. F). Zumindest seit Gutachtenszeitpunkt bestehe für die zurück liegend durchgeführte Tätigkeit in Ermangelung einer medizinisch relevanten Diagnose eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 22 lit. G Ziff. 3).

3.7 Dr. F. nahm am 10. Februar 2011 zum Z.-Gutachten (vorstehend E. 3.6) Stellung (Urk. 8/76) und hielt an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fest. So habe der Beschwerdeführer ihm gegenüber geschildert, am Fernsehen nur noch Komödien zu schauen, da ihn Gewaltszenen zu stark belasten würden. Wenn er Soldaten sehe, müsse er wegschauen, da er sonst Blackouts habe. Er könne kaum Kontakt zu Landsleuten haben, da er nicht mit der Unterstützung von Terroristen zu tun haben wolle und Erinnerungen hochkommen (S. 1).

Zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. H. führte Dr. F. aus, dass eine einmalige Beurteilung im Kontext von Traumafolgestörungen aufgrund des inhärenten Vermeidungsverhaltens sowie der interaktionellen Besonderheiten oft nicht ausreichend sei, um einen repräsentativen Eindruck über das Krankheitsgeschehen zu erhalten. Aus denselben Gründen reiche es nicht aus, sich bei der Beurteilung auf die üblichen Standardfragen und -eindrücke abzustützen. In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer als Regierungsoffizier tamilischer Herkunft der Natur des Bürgerkriegs entsprechend ungeheuren Konflikten ausgesetzt war, verwundere es nicht, dass der Beschwerdeführer in Gegenwart der tamilischen Dolmetscherin keine ausführlichen Äußerungen zu traumabezogenen Inhalten gemacht habe. Umso mehr Gewicht komme daher den Aussagen derjenigen Behandler zu, welche den Beschwerdeführer über einen längeren Zeitraum und in verschiedenen Umständen hätten beobachten und einschätzen können.

Dem Aspekt, dass der Beschwerdeführer über 14 Jahre hinweg ohne entsprechende Reaktionen geblieben sei, müsse widersprochen werden, da es offenbar zu psychischen Auffälligkeiten bis hin zu einem Impulsdurchbruch mit Tätlichkeiten gekommen sei, welche strafrechtliche und medizinische Folgen nach sich gezogen hätten. Es müsse daher somit eher von einer knapp ausreichenden Kompensation gesprochen werden. Symptomarme Intervalle mit Vollmanifestation erst nach Bagatellereignissen seien bei der posttraumatischen Belastungsstörung nicht etwa ein Ausschlusskriterium, sondern derart häufig, dass im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV eine eigene Subdiagnose eingeführt worden sei.

Mittlerweile befinde sich der Beschwerdeführer in der tagesklinischen Behandlung am Zentrum J. (S. 3).

Am 25. Mai 2011 erstattete Dr. med. K., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, L. (L.), das vom Beschwerdeführer veranlasste Gutachten (Urk. 3/4) und stellte folgende Diagnosen (S. 3):

- posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)
- gemischte dissoziative Störung (F 44.7)

Dr. K. führte aus, er habe den Beschwerdeführer am 16. Mai während zwei Stunden und am 20. Mai 2011 während einer Stunde ausführlich psychiatrisch untersucht. Zudem habe er ein ausführliches Telefonat mit Dr. F. geführt und Untersuchungen des Beschwerdeführers hätten mit einem ihm bekannten Dolmetscher stattgefunden (S. 1). Dr. K. berichtete, sein persönlicher fachspezifischer Hintergrund bezüglich der Behandlung von Traumafolgestörungen und insbesondere von Kriegs- und Folteropfer sei unter anderem eine mehrjährige Assistenzarztzeit im Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer in Zürich sowie verschiedenste Weiterbildungen (S. 1).

Dr. K. führte aus, dass eine ausführliche Anamneseerhebung nicht durchgeführt werden können, da schon kleine und oberflächliche Fragen bezüglich einer Traumaanamnese zu einem starken Vermeidungsverhalten und bei entsprechender Nachfrage zu ausgeprägter Dissoziation geführt hätten.

Sowohl seine Untersuchung, wie auch die Testergebnisse des Essener Traumainventars hätten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ergeben. Der Beschwerdeführer sei mehrfach ernsthaft mit dem Tode bedroht und sei Zeuge von Tötungen und anderen Grausamkeiten gewesen. Die wiederkehrenden belastenden Erinnerungen liessen sich im Gespräch nur ansatzweise eruieren, da es bei genauerem Nachfragen zu dissoziativen Zuständen käme. Der Beschwerdeführer zeige einen sozialen Rückzug und eine eingeschränkte Bandbreite im Affekt. Deutlich erkennbar sei eine dissoziative Verhaltensstörung (S. 3 Mitte).

Dr. K. kritisierte sodann das Z.-Gutachten, dass die Gutachter sich nach nur einem psychiatrischen Untersuchungstermin über sämtliche Diagnosen, Beurteilungen und Erwägungen der vorbehandelnden Ärzte hinweggesetzt hätten. Nebst mangelndem Fachwissen sei formal auch das Einsetzen einer weiblichen Dolmetscherin bei Patienten mit tamilischem Hintergrund sehr fragwürdig und es müsse offen bleiben, ob dabei überhaupt objektive Befunde zu erheben seien. Die Untersuchung von Folter- und Kriegsopfer erfordere ein hohes Fachwissen, was weit

Über die allgemein psychiatrischen Kenntnisse eines nicht spezialisierten Facharztes hinausgehe (S. 3 f.).

Die vollumfängliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei anhand der Termine nicht abschliessend zu treffen. Es sei zumindest zum jetzigen Zeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, begründet durch die hoch dissoziativen Zustände, auszugehen. Eine posttraumatische Belastungsstörung bewirke per se nicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, jedoch könnten bestimmte Symptome so stark beeinträchtigend sein, dass keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Dies sei zum jetzigen Zeitpunkt höchstwahrscheinlich so. Durch eine intensive psychotherapeutische Behandlung sowie durch die Weiterführung der schon in der Tagesklinik begonnenen sozialpsychiatrischen Behandlung könnte es mittelfristig durchaus wieder zu einer Teilarbeitsfähigkeit kommen (S. 5).

3.9 Dr. med. A. \_\_\_\_, Leiterin des Zentrums J. \_\_\_\_, und med. pract. M. \_\_\_\_, Oberärztin, stellten in ihrem auf Anfrage des hiesigen Gerichts erstellten Bericht vom 22. Mai 2012 (Urk. 14) nach ambulanter Behandlung des Beschwerdeführers vom 17. Januar bis zum 5. Dezember 2011 folgende Diagnosen (S. 3 Ziff. 6):

- dissoziative Störung (Konversionsstörung), gemischt (F44.7)
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)

Die Ärztinnen führten aus, dass der Beschwerdeführer das offene sozialtherapeutische Vormittagsprogramm ihrer Einrichtung regelmässig an zunächst vier, später an drei Vormittagen pro Woche besucht habe. Dabei habe es sich um eine Gruppentherapie gehandelt, welche das Erhalten und Fordern von sozialen Fertigkeiten und Kontakten, sowie eine Verbesserung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens anstrebe (S. 1 Ziff. 2). Insbesondere in den ersten Wochen der Behandlungen hätten vor allem dissoziative Phänomene, die sich in unterschiedlichen Symptomen zeigten, imponiert. So sei der Beschwerdeführer anfänglich kaum in der Lage gewesen, ein längeres Gespräch zu führen. Auch in Gruppensituationen habe er sich häufig überfordert gezeigt und mit dissoziativen Symptomen reagiert. Obwohl die Symptomatik im Verlauf abgenommen habe, sei sie bis zum Austrittszeitpunkt nicht verschwunden und habe insbesondere in Konfliktsituationen imponiert. Der Beschwerdeführer habe Probleme gehabt sich anzupassen, Kompromisse einzugehen und Gruppenentscheidungen anzunehmen. Es habe ein hohes Autonomiebestreben und eine leichte Kränkbarkeit bestanden. In Konfliktsituationen habe er häufig gereizt oder mit dissoziativen Symptomen reagiert.

Die Diagnosestellung einer solchen Erkrankung sei allerdings erschwert, da es sich nur sehr schwer feststellen lasse, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden könne. Insofern sei die Beantwortung dieser Frage nicht allumfänglich möglich. Vor allem in stressreichen Situationen seien die Symptome aufgetreten, wobei sie unter Bedingungen, in denen sich der Beschwerdeführer wohl fühlte, verschwunden seien. In Situationen, in welchen sich der Beschwerdeführer kritisiert oder in die Enge getrieben gefühlt habe, habe er mit unterschiedlichen körperlichen Symptomen und veränderten Bewusstseinszuständen

reagiert. Als Ursache erlebe der Beschwerdeführer selbst jedoch allein den Unfall im März 2009 (S. 3 Ziff. 7).

Während des Behandlungszeitraums vom 17. Januar bis zum 5. Dezember 2011 sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund der Schwere der Symptomatik sei im derzeitigen Zeitraum ab etwa Juli 2011 höchstens eine Tätigkeit im geschätzten Umfeld zu einem Arbeitspensum von 50 % möglich gewesen (S. 4 Ziff. 8-9).

Aufgrund der beschriebenen Beschwerden und der zusätzlich bestehenden Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt sollte eine leidensangepasste Tätigkeit mit Autonomiefähigkeit, aber dennoch mit nicht zu grosser Verantwortung einhergehen. Auf eine aktive Teilnahme am Strassenverkehr oder das Fahren grosser Maschinen sollte verzichtet werden. Zudem sollten sowohl Zeit- als auch Leistungsdruck vermieden werden. Einzelgängerische Beschäftigungen sollten bevorzugt werden (S. 4 Ziff. 10).

Dr. A. \_\_\_ und M. \_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 25. September 2012 (Urk. 25) auf entsprechende Nachfrage des hiesigen Gerichtes aus, dass sich der zeitliche Verlauf einer dissoziativen Störung ganz unterschiedlich zeige. Sofern der Betroffene zum auslösenden Ereignis eine Verbindung herstellen könne, finde häufig eine Remission nach Wochen oder Monaten statt. Als ungünstig sei die Prognose dann einzuschätzen, wenn die Symptombdauer länger als ein bis zwei Jahre bestehe (S. 1 Ziff. 1).

Beim Beschwerdeführer bestehe die Symptomatik seit bereits dreieinhalb Jahren, was für einen ungünstigen Verlauf spreche. Während des Behandlungszeitraums in ihrer Institution hätten sie zwar einen geringfügigen Rückgang der Symptomatik beobachten können, die Grundproblematik sei jedoch bestehen geblieben. Bei gering ausgeprägter Introspektionsfähigkeit sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, die dahinterliegenden Konflikte zu erkennen. Insgesamt sei also bezüglich der Prognose von einem ungünstigen Verlauf auszugehen (S. Ziff. 2).

#### 4.1

Der Beschwerdeführer war von 31. Juli 1997 bis zum 31. Januar 1998 und vom 30. März bis 21. Dezember 1998 bei der Schokoladenfabrik N. \_\_\_ in S. \_\_\_ angestellt (Urk. 8/15), wobei er als Produktionsmitarbeiter diverse Hilfsarbeiten in der Formerei ausführte. Laut Arbeitgeberbericht wurde das Arbeitsverhältnis aufgrund des Auslaufens des befristeten Vertrages beendet (Ziff. 3); ein Gesundheitsschaden sei nicht bekannt gewesen (Ziff. 7).

Laut Arbeitgeberbericht der P. \_\_\_ vom 16. Januar 2003 (Urk. 6/19) war der Beschwerdeführer vom 1. März 2000 bis zum 16. Oktober 2002 als Mitarbeiter im Verkauf angestellt (Ziff. 1-2). Das Arbeitsverhältnis wurde von Seiten der Arbeitgeberin aufgrund von einer Auseinandersetzung am Arbeitsplatz aufgelöst (Ziff. 3).

Im Arbeitgeberbericht der Firma Y. \_\_\_ Textilpflege vom 25. Mai 2009 (Urk. 8/40), für welche der Beschwerdeführer vom 13. Oktober 2008 bis zum 10. März 2009 als Chauffeur und Allrounder tätig war (Ziff. 2.1, Ziff. 2.3), wurde ausgeführt, dass das Arbeitsverhältnis durch die Arbeitgeberin aufgrund von



Schlusskonsens im Wesentlichen auf dessen mangelnde Kooperation zur Flucht und taxierten sein Verhalten als schlichtweg unglaublich (vorstehend E. 3.6.4).

5.3 Gemäss der Praxis des Bundesgerichtes kann die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nur gestellt werden, wenn die Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis aufgetreten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. Februar 2008 8C\_242/2007 E. 2.3.3 sowie vom 22. August 2007 I 750/2006 E. 3.2.1).

Aus den Akten, insbesondere aus dem IK-Auszug (Urk. 8/37), den eigenen Angaben des Beschwerdeführers und auch aus seinem beigelegten Lebenslauf (Urk. 8/9) ergibt sich, dass er nach seiner Einreise in die Schweiz im Dezember 1986 (Urk. 8/26) seit 1987 bis 2009 regelmässig einer Arbeit nachgegangen ist und teilweise auch über mehrere Jahre beim gleichen Arbeitgeber verweilte.

Allfällige innerhalb eines halben Jahres seit der Einreise aufgetretene Probleme im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung sind aus den Akten keine ersichtlich.

So führte auch Dr. F. im Oktober 2010 zunächst aus, dass sich der Beschwerdeführer nach seiner Flucht aus Sri Lanka relativ gut in der Schweiz integriert und in verschiedenen Bereichen gearbeitet habe (vorstehend E. 3.5). Die nachträgliche Relativierung dieser Aussage im Februar 2011 (vorstehend E. 3.7), dass es an einem Arbeitsplatz schon zu Tätlichkeiten und zu Impulsdurchbrüchen gekommen sei, welche einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzurechnen seien, erscheint wenig überzeugend.

Auch die weiteren Ausführungen von Dr. F., dass der Beschwerdeführer zu Landsleuten kaum mehr Kontakt habe, da er mit der Unterstützung von Terroristen keinen Kontakt mehr haben wolle und Erinnerungen hochkommen (vorstehend E. 3.7), stehen im Widerspruch dazu, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Befragung durch Dr. H. angab, mit Landsleuten viel Kontakt zu haben und auf dem Weg zur Begutachtung einen Landsmann um Hilfe bat, als er die Adresse nicht fand. Zudem verschob der Beschwerdeführer seinen Aufenthalt in der Rehaklinik C., da er Besuch aus der Heimat empfangen musste (vgl. Urk. 8/44/7).

Insgesamt lässt sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche sich erst durch das Bagatellunfallereignis am 11. März 2009 - also rund dreiundzwanzig Jahre nach den bestehenden Ereignissen - manifestiert haben sollte, nicht aufrechterhalten.

Des Weiteren kritisierten Dr. F. (vorstehend E. 3.7) und Dr. K. (vorstehend E. 3.8) am Z.-Gutachten, dass unter Beisein einer weiblichen Dolmetscherin bei Patienten mit tamilischem Hintergrund praktisch keine objektiven Befunde zu erheben seien. Dabei übersahen sie, dass sich der Beschwerdeführer für einen längeren Zeitraum bei Dr. E. und anschliessend bei Dr. A. - zwei Frauen - in Behandlung begab.

Zudem konnte Dr. K. seinerseits - trotz Beizug eines männlichen Dolmetschers - keine genaue Anamnese erheben. Dennoch stellte er unter anderem die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche wie bereits ausgeführt, nicht bestätigt werden kann.

Beim Vorwurf von Dr. K., dass Dr. H. keine genaue Diagnosestellung möglich gewesen sei, da sie den Beschwerdeführer ja nur einmal habe begutachten können - ganz im Gegensatz zu ihm, welcher den Beschwerdeführer an zwei Tagen untersuchte - ist zu beachten, dass die Schlussfolgerungen im Gutachterskonsens durch sämtliche den Beschwerdeführer eingehend begutachtenden Ärzte erfolgte.

Auch kann Dr. F. darin nicht gefolgt werden, dass er das Fehlverhalten des Beschwerdeführers im Umgang mit den Kunden, den Mitarbeitern und den Vorgesetzten anlässlich des zuletzt unternommenen Arbeitsversuches bei der Q. (vorstehend E. 4.4) als Bestätigung seiner Diagnosestellung sah (vgl. Urk. 10/4).

Bezüglich des Stolpersturzes vom März 2009, seit welchem der Beschwerdeführer subjektiv eine schwere Gedächtnis- und Wesensveränderung erlitten haben soll, ist nicht nachvollziehbar, warum Dr. F. (vorstehend E. 3.5), die Fachleute der Rehaklinik C. (vorstehend E. 3.2) und Dr. D. (vorstehend E. 3.3) von einer traumatischen Hirnverletzung sprechen, zumal weder mittels dem gleichentags angefertigten CT noch zu irgendeinem späteren Zeitpunkt eine Hirnverletzung nachgewiesen werden konnte (vorstehend E. 3.1).

Auffällig ist auch, dass der Beschwerdeführer, welcher gemäß eigenen Angaben oft verloren gehe und darum einen Zettel mit seiner Adresse bei sich trage, zum einen regelmäßig eine Therapie besuchen kann, wo er doch einen gewissen Weg auf sich nehmen muss, und zum anderen nach wie vor Auto fährt (vorstehend E. 3.6.2). Auch die Zugreise zur Begutachtung beim Z. konnte er ohne Verlorengehen bewältigen und war auch im Stande, einen Landsmann nach der genauen Adresse zu fragen.

Würde er tatsächlich an den geltend gemachten Aussetzern leiden, wäre dies alles wohl kaum möglich. Vielmehr wirken die Aussetzer des Beschwerdeführers demonstrativ und bewusstseinsnah inszeniert. Zudem geht aus den Arbeitgeberberichten (vorstehend 4.1-4) hervor, dass primär zwischenmenschliche Konflikte und ein allgemeines Hierarchieproblem sowie Probleme mit Frauen im Raum standen, was aber nicht als rentenrelevant angesehen werden kann.

Insgesamt vermögen die von Seiten von Dr. F. und Dr. K. vorgebrachten Kritikpunkte die Verwertbarkeit des Z.-Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

5.5 Dr. A. äußerte ihrerseits lediglich den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung, berichtete aber von dissoziativen Phänomenen, welche primär in Konfliktsituationen aufgetreten seien und unter Bedingungen, in denen sich der Beschwerdeführer wohl gefühlt habe, verschwunden seien. Dr. A. bemerkte, dass die Diagnosestellung einer solchen Erkrankung erschwert sei, da es sich nur sehr schwer feststellen lasse, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden könne (vorstehend E. 3.9).

In Bezug auf die Beurteilung durch Dr. D. ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 352 ff.). Auch Dr. E. als

behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers hat eine mit einem Hausarzt vergleichbare Vertrauensstellung inne, was ebenfalls bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen ist.

5.6 Aufgrund des Gesagten ist der Einschätzung der begutachtenden Ärzte des Z. \_\_\_ zu folgen, dass keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit besteht und die dargebotenen Gedächtnisstörungen durch mangelnde Kooperation des Beschwerdeführers erklärt werden.

Es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelgradige rückenadaptierte Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten nicht über 15 kg, ohne Arbeiten in überschulterhöhe, vollumfänglich zumutbar ist. Arbeiten mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf sollten vermieden werden, wobei auch die bislang ausgeübten angestammten Tätigkeiten als angepasst zu gelten hat.

Damit besteht kein Rentenanspruch, die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## E. 6

6.1 Da es im vorliegenden Verfahren 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 ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

6.2 Der Beschwerdeführer beantragte gestützt auf Art. 45 Abs. 1 ATSG die Vergütung der Kosten, welche durch die Zweitbeurteilung durch Dr. K. \_\_\_ entstanden sind (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4).

Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten für Massnahmen, welche er nicht angeordnet hat, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruches unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Vorliegend war die Zweitbeurteilung durch Dr. K. \_\_\_ nicht entscheiderelevant, weshalb die Kosten nicht vergütet werden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft gestellt.

3. Es erfolgt keine Vergütung der Kosten der Zweitbeurteilung durch Dr. K. \_\_\_ gestützt auf Art. 45 Abs. 1 ATSG.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Antonia Kerland

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.