



b. Während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.6 Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Auflage, Zürich 2010, S. 383). Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Invalidenrente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Folglich muss sich die Verwaltung vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86). Diese Praxis ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererweisungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückerreicht oder die Invalidenrente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass versicherte Personen auf Grund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich - aber immerhin - zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf. Diese Rechtsprechung bedeutet im Ergebnis eine Vorwirkung des am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen ersten Massnahmenpakets der 6. IV-Revision, welches unter dem Gesichtspunkt einer eingliederungsorientierten Rentenrevision Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezieherinnen und Rentenbezieher vorsieht (Art. 8a IVG) und bestimmt, dass während der Durchführung solcher Massnahmen die bisherige Rente weiter ausgerichtet wird (Art. 22 Abs. 5 bis IVG).

## **E. 2**

2.1 Die IV-Stelle hielt gestützt auf das Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vom 20. November 2010 und seine Stellungnahme vom 28. März 2011 zu den nachträglich eingeholten Berichten dafür, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe und spätestens ab Juli 2010 wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen sei. Bei einem Invalideneinkommen von 70 % des Valideneinkommens resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %. Die ergänzenden Abklärungen nach Einwand-erhebung hätten keinen anderen Schluss zugelassen. Entsprechend seien die bisher ausgerichteten Rentenleistungen einzustellen (Urk. 2).

2.2. Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache nicht verändert. Dies gehe sowohl aus den Berichten des behandelnden Facharztes als auch aus dem forensischen Gutachten zuhanden des Bezirksgerichts B. \_\_\_ vom 26. Juli 2010 hervor. Auf die Einschätzung des Dr. Z. \_\_\_ dagegen, wonach eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festzustellen sei, könne mangels Beweiskraft nicht abgestellt werden (Urk. 1 und 7).

2.3. Streitig und zu präzisieren ist somit, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und seine Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache in anspruchserheblicher Weise verändert haben.

### E. 3

3.1. Im Y. \_\_\_-Gutachten vom 31. August 2006 (Urk. 11/51) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt (S. 18):

- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, anankastischen, histrionischen und infantilen Zügen (ICD-10 F61.0)
- rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.0)
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)
- chronisches Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom
- Torsionsskoliose der Wirbelsäule
- Migräne ohne Aura
- leichtgradige neuropsychologische Defizite
- multifaktoriell bedingt, siehe psychiatrische Diagnosen und Schmerz-einwirkung durch Zervikalsyndrom

Sodann wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 18):

- Klinefelter-Syndrom
- Status nach zweimaliger Contusio capitis mit HWS-Distorsionstraumen April und Mai 2003
- Status nach pathologischem Spielen (ICD-10 F63.0)
- anamnestisch Osteopenie
- subjektiv wechselnde Beschwerden im Rücken, Nacken und Becken - klinisch unauffällig, derzeit keine Substitutionsbehandlung durchgeführt

Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Gutachten ausgeführt, die Evaluation aus psychiatrischer Sicht stehe für alle Untersucher im Vordergrund. Beim Exploranden könne eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, anankastischen, histrionischen und infantilen Zügen festgestellt werden. In den vergangenen Jahren sei es zu einer zunehmenden Angstsymptomatik mit klaustrophoben Zügen gekommen. Parallel bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig einer leichtgradigen Episode entsprechend. Aufgrund der kombinierten Persönlichkeitsstörung, der ausgeprägten Agoraphobie mit Panikstörung sei die

Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Seit Ende 2003 sei die Einschränkung auf mindestens 75 % einzuschätzen. Aus neurologischer Sicht könnten verschiedene Diagnosen zugeordnet werden, vorab ein chronisches Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom, eine Migräne ohne Aura und früher untersuchte, leichtgradige neuropsychologische Defizite. Effektiv seien aktuell nur geringgradige Befunde objektivierbar. In Anlehnung an die frühere neuropsychologische Untersuchung sei aufgrund dieser Einbußen von einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % auszugehen. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht beständen keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit tangierten. Zusammenfassend resultiere eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 %. Auch in Verweistätigkeiten bestehe derzeit eine Restarbeitsfähigkeit von maximal 25 %. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde und der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die 75%ige Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2004 anzunehmen sei (S. 19 f.).

3.2.4 Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung errechnete die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 75 % und sprach dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2005 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 11/57).

#### E. 4

4.1.4 Dr. Z. \_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 20. November 2010 (Urk. 11/108) folgende Diagnosen fest (S. 13):

- kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), seit Adoleszenz
- mit depressiven, ängstlich-phobischen, dissozial-kriminellen, zwanghaft-anankastischen, emotional instabil-histrionisch-infantilen Zügen
- mit Störung der Sexualpräferenz (F65.0)
- mit Status nach pathologischen Spielen (F63.0)
- mit Status nach Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
- mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)
- Klinefelter Syndrom

4.1.4.4 Der Gutachter führte aus, im Fall des Beschwerdeführers werde in den Akten von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ausgegangen, die als Hauptdiagnose gelte. Die aktuelle Untersuchung stehe dazu auch nicht in Widerspruch. Klinisch zeige sich eine Kombination von depressiven, ängstlich-phobischen, dissozial-kriminellen, zwanghaft-anankastischen, emotional instabil-histrionisch-infantilen Zügen, die sich auf das Verhalten des Exploranden und seine zwischenmenschlichen Interaktionen auswirke. Ab Adoleszenz hätten sich immer wieder darauf beruhende Konflikte in der Schule, im Beruf und in zwischenmenschlichen Beziehungen gezeigt. Auch die weiteren vom Exploranden genannten Verhaltens- und Erlebensweisen, wie sich ritzen, Fressattacken, körperliche Missempfindungen entsprächen dem klinischen Bild der kombinierten Persönlichkeitsstörung und bestätigten diese Diagnose (S. 17 f.).

4.1.4.4.4 Die medizinisch-theoretische Einschätzung der qualitativen und quantitativen Auswirkungen einer Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit werde in der Literatur differenziert, aber nicht abschliessend diskutiert. Gemäss seiner

Einschätzung - so der Gutachter weiter - habe eine leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung alleine, wie sie beim Versicherten vorliege, einen krankheitsbedingten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Minderung um 30 %. Die trotzdem mögliche berufliche und soziale Integration des Exploranden bis mindestens 1999 könne als Beleg der geringen Ausprägung der Störung interpretiert werden. Sie zeige auch die grundsätzliche Fähigkeit des Versicherten, seine krankheitsbedingten Defizite zu überwinden. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung aber chronisch stabil. Die berufliche Wiedereingliederung des Exploranden sei nach seinen eigenen Angaben unter anderem durch sein kriminelles Verhalten, sein zunehmendes Lebensalter und seine Abstinenz vom Arbeitsmarkt verhindert worden. In der Folge dieser psychosozialen, nicht krankheitsbedingten Faktoren habe der Versicherte pathologisches Spielen (F63.0), eine ab 1994 vermehrte Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) und eine rezidivierende depressive Störung entwickelt, die gegenwärtig aus objektiver Sicht remittiert sei (F33.4), was aus subjektiver Sicht auch für das Spielverhalten und aus objektiver Sicht auch für eine eigenständige Angststörung gelte. Die anamnestisch bekannte Störung der Sexualpräferenz (F65), die Teil der kombinierten Persönlichkeitsstörung sei, könne aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen, da die versicherte Person, wenn auch sozial nicht anerkannt, damit ihre Sexualität auslebe, was keine qualitative oder quantitative Minderung der Leistungsfähigkeit begründe. Die Kombination von depressiven, ängstlich-phobischen, dissozial-kriminellen, zwanghaft-anankastischen, emotional instabil-histrionisch-infantilen Zügen in der beim Exploranden vorliegenden Persönlichkeitsstörung erklärten auch ausreichend die Ausbildung von pathologischem Spielen (Impulskontrollstörung, emotional instabil), von einer Agoraphobie mit Panikstörung (ängstlich-phobisch) und von einer rezidivierenden depressiven Störung (S. 19 f.).

Die Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) könne aktuell keine eigenständige Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr begründen. Die im rein subjektiven verbleibenden Angaben des Exploranden dazu seien stark verdeutlichend formuliert und seine Angaben zum Lebensvollzug (Betreuung der kranken Ehefrau, selbständige Besorgung des Haushalts inklusive Einkaufen, Treffen mit Kollegen, monatlich einmal Kegeln, Mithilfe bei der Betreuung der Website des Vereins) widersprechen einer ausreichenden Dauer, Schwere und Ausprägung der Symptome, wie sie die Definition gemäss ICD-10 fordere. Auch die Abgrenzung zu einer allfälligen depressiven Episode und/oder zur "reinen" Persönlichkeitsstörung könne somit nicht gelingen. Die geklagten Beschwerden seien deshalb Teil der Persönlichkeitsstörung und begründeten keine eigenständige komorbide Störung. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne darauf aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht abgestützt werden (S. 20 f.).

Weiter führte der Gutachter aus, ein chronisches Schmerzsyndrom oder neuropsychologische Defizite würden anlässlich der aktuellen Untersuchung weder subjekt benannt, noch könnten solche objektiv aus psychiatrischer Sicht erkannt werden. Von einer Bagatellisierung durch den Exploranden (Unterschätzen oder Verschweigen relevanter Beschwerden) könne aufgrund der sehr stark ausgeprägten Verdeutlichungstendenz aber nicht ausgegangen werden. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne somit nicht auf ein Schmerzsyndrom und/oder

neuropsychologische Defizite abgestützt werden (S. 21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend sei die Arbeitsunfähigkeit des Exploranden mit 30 % (von 100 %) aufgrund einer leicht ausgeprägten kombinierten Persönlichkeitsstörung anzusetzen. Dabei - so der Gutachter weiter - habe er auch krankheitsfremde Gesichtspunkte (Widersprüchlichkeiten in den Angaben, Verdeutlichungstendenz sowie psychosoziale Faktoren wie langjähriger Rentenbezug, aktuelles Rentenrevisionsverfahren, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Lebensalter, Betreuung der kranken Ehefrau etc.) mit bedacht und von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt. Diese krankheitsfremden Gesichtspunkte erklärten die Diskrepanz zwischen der objektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und der subjektiv genannten und besässen vor allem therapeutische Relevanz. Anders als im therapeutischen bio-psycho-sozialen Modell führten die Verdeutlichungstendenz und die psychosozialen Faktoren aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 21 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Würden die krankheitsfremden Aspekte mitberücksichtigt, sei dem Versicherten eine relevante Willensanstrengung zur Überwindung seiner Defizite zumutbar. In angepassten Aufgabenbereichen (wo vor allem auf die ängstlich-phobischen, zwanghaft-anankastischen, emotional instabil-histrionisch-infantilen Bedürfnisse des Exploranden weitgehend eingegangen würde) und bei Arbeiten im Haushalt lasse sich keine relevante Arbeitsunfähigkeit begründen. Im Fall des Versicherten seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die weitere schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Im Gegenteil könne aufgrund des Hinweises zur Überwindung des pathologischen Spielens, der Angabe einer vollständigen Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen und der engagierten Betreuung der kranken Ehefrau eher von guten personalen Ressourcen der versicherten Person ausgegangen werden (S. 22 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich hielt der Gutachter fest, aufgrund seiner aktuellen Untersuchungen und des Aktenstudiums könne eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Exploranden im Vergleich zum August 2006 (Gutachten Y.\_\_\_\_) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Von seiner Einschätzung könne ab dem Datum der aktuellen Untersuchung (Juli 2010), mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber bereits ab Ende 2009 ausgegangen werden (S. 23).

4.2 Ä Ä Ä Ä Entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung vermag das Gutachten des Dr. Z.\_\_\_\_ zu überzeugen. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (S. 5-13, 34-47), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (S. 7-9) und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden (S. 1-4). Der Gutachter legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass die früher diagnostizierte Agoraphobie mit Panikstörung aufgrund der erhobenen Befunde im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr vorlag und auch die depressive Störung remittiert war; er begründete sodann schlüssig, dass sich das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit seit der Beurteilung durch die Y.\_\_\_\_-Gutachter wesentlich verringert hat (S. 13 ff.). Mit den Vorakten und den ihm vorliegenden aktuellen Einschätzungen der behandelnden Ärzte setzte er sich hinreichend auseinander (S. 24-31). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. Z.\_\_\_\_ in seiner ergänzenden Stellungnahme (Urk. 11/128) zu den im Vorbescheidverfahren



Die angefochtene Verfügung, mit welcher die dem Beschwerdeführer zuvor ausgerichtete Rente der Invalidenversicherung per Ende Juli 2011 eingestellt wurde, ist daher nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tobias Figi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- 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.