ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01031 vom 31. Oktober 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01031 du 31 octobre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01031 del 31 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

Die 1957 geborene X.___ ist ausgebildete Telefonistin und Ã¼bte diese TÃ¤tigkeit wÃ¤hrend mehreren Jahren aus (Urk. 8/5/1-8). Nach ihrer ersten Heirat war sie wÃ¤hrend Ã¼ber zehn Jahren als Hausfrau tÃ¤tig; spÃ¤ter war sie zusammen mit ihrem zweiten Ehemann einige Jahre (von 2001 bis August 2006) selbstÃ¤ndig erwerbend und betrieb eine Ã■nderungsschneiderei (Urk. 8/7 S. 6 und 8/11). Nach der Trennung von ihrem Ehemann gab sie diese TÃ¤tigkeit auf. Aufgrund der ab Februar 2008 anhaltenden ArbeitsunfÃ¤higkeit (Urk. 8/5/11-17) infolge Depression, RÃ¼ckenschmerzen und Rheuma meldete sie sich am 19. Januar 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÃ¼rich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte berufliche Massnahmen und eine Rente (Urk. 8/7). Die IV-Stelle nahm erwerbliche (Urk. 8/11, 8/18) und medizinische (Urk. 8/12, Urk. 8/17) AbklÃ¤rungen vor und veranlasste eine medizinische Begutachtung durch die Z.___ (Urk. 8/23). Die internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen wurden am 15. und 21. April 2010 durchgefÃ¼hrt und das Gutachten am 14. Juni 2010 erstattet (Urk. 8/25 und 8/27). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass bei der Versicherten ab Februar 2008 eine 50%ige ArbeitsunfÃ¤higkeit mit 80%iger Leistungsminderung bezogen auf ein 100%-Pensum vorgelegen habe, ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im April 2010 erachteten sie die Versicherte in einer leidensangepassten TÃ¤tigkeit jedoch wieder als zu 100 % arbeitsfÃ¤hig (Urk. 8/27 S. 31). GestÃ¼tzt auf das Z.__-Gutachten stellte die IV-Stelle X.__ mit Vorbescheid vom 13. August 2010 (Urk. 8/31) die Ausrichtung einer von Juli 2009 bis Juli 2010 befristeten halben Invalidenrente in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Y.__ , Einwand (Urk. 8/34 und 8/42) und beantragte ab 1. Juli 2009 eine ganze Rente und ab 1. August 2010 eventualiter eine Rente gestÃ¼tzt auf einen tieferen InvaliditÃ¤tsgrad (Urk. 8/42 S. 1). Am 20. Januar 2011 reichte die Versicherte den Bericht des behandelnden Psychiaters ein, in welchem dieser zum Z.__-Gutachten Stellung genommen und festgehalten hatte, dass die Versicherte entgegen der EinschÃ¤tzung der Z.__-Gutachter nach wie vor und anhaltend zu cirka 50 % in ihrer ArbeitsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt sei (Urk. 8/45). Mit VerfÃ¼gung vom 18. August 2011 hielt die IV-Stelle an ihrem Entscheid fest und sprach X.__ eine vom 1. Juli 2009 bis 31. Juli 2010 befristete halbe Invalidenrente zu.

E. 2

2.1Â Â Â Â InvaliditÃ¤t ist die voraussichtlich bleibende oder lÃ¤ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÃ¤higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ã¼ber den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die InvaliditÃ¤t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ã¼ber die

Invalidenversicherung; IVG). ErwerbsunfÃ¤higkeit ist der durch BeeintrÃ¤chtigung der kÃ¶rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÃ¶glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÃ¼r die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÃ¤higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigung zu berÃ¼cksichtigen. Eine ErwerbsunfÃ¤higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ã¼berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem InvaliditÃ¤tsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem InvaliditÃ¤tsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem InvaliditÃ¤tsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem InvaliditÃ¤tsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente.

2.2Â Â Â Â BeeintrÃ¤chtigungen der psychischen Gesundheit kÃ¶nnen in gleicher Weise wie kÃ¶rperliche GesundheitsschÃ¤den eine InvaliditÃ¤t im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten EinschrÃ¤nkungen der ErwerbsfÃ¤higkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende LeistungsfÃ¤higkeit zu verwerten, abwenden kÃ¶nnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die AusÃ¼bung einer ErwerbstÃ¤tigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen BeeintrÃ¤chtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden fÃ¼hrt also nur soweit zu einer ErwerbsunfÃ¤higkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der ArbeitsfÃ¤higkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.3Â Â Â Â Die VerfÃ¼gung Ã¼ber eine befristete Invalidenrente enthÃ¤lt gleichzeitig die GewÃ¤hrung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 E. 2; ZAK 1984 S. 133 E. 3). Wird vom Zeitpunkt des VerfÃ¼gungserlasses an rÃ¼ckwirkend eine Rente zugesprochen und diese fÃ¼r eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts die fÃ¼r die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist eine Rente fÃ¼r die Zukunft entsprechend zu erhÃ¶hen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der InvaliditÃ¤t der Person, die eine Rente bezieht, in einer fÃ¼r den Anspruch erheblichen Weise Ã¤ndert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der VerÃ¤nderung des InvaliditÃ¤tsgrades rÃ¼ckwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemÃ¤ss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 413 f. E. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der ErwerbsfÃ¤higkeit oder der FÃ¤higkeit, sich im Aufgabenbereich zu betÃ¤tigen, die anspruchsbeeinflussende Ã■nderung fÃ¼r die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berÃ¼cksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich lÃ¤ngere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berÃ¼cksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 125 f. E. 4a; AHI 2001 S. 159 f. E. 1 und S. 278 E. 1a, 1998 S. 121 E. 1b, ZAK 1990 S. 518 E. 2 mit Hinweis).

Â Â Â Â Â Â Â Â

E. 3

3.1Â Â Â Â Die IV-Stelle begrÃ¼ndete die Ausrichtung der von Juli 2009 bis Ende Juli 2010 befristeten halben Rente gestÃ¼tzt auf das Z.__-Gutachten vom 14. Juni 2010 (Urk. 8/27) damit, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin zwar ab Ende Februar 2008 im Umfang von 50 % in ihrer ArbeitsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt gewesen sei, dass jedoch im Verlauf eine Besserung eingetreten sei und im Zeitpunkt der Begutachtung im April 2010 fÃ¼r leidensangepasste TÃ¤tigkeiten wieder eine 100%ige ArbeitsfÃ¤higkeit bestanden habe. Aufgrund der verspÃ¤teten Anmeldung im Januar 2009 kÃ¶nne die Rente frÃ¼hestens sechs Monate spÃ¤ter, das heisst ab Juli 2009 ausgerichtet werden, und drei Monate nach Eintritt der festgestellten Verbesserung im Juli 2010 sei sie aufzuheben. Der von der BeschwerdefÃ¼hrerin im Einwandverfahren eingereichte Ã¤rztliche Bericht kÃ¶nne das Z.__-Gutachten nicht entkrÃ¤ften (Urk. 8/29 S. 4 und 8/47 S. 3).

E. 3.2

Â Â Â Die BeschwerdefÃ¼hrerin bestreitet dagegen, dass sie ab April 2010 wieder zu 100 % arbeitsfÃ¤hig gewesen sei. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass die in den Akten liegenden psychiatrischen Berichte bezÃ¼glich Beurteilung der ArbeitsfÃ¤higkeit widersprÃ¼chlich seien, und die WidersprÃ¼che bisher nicht hÃ¤tten gelÃ¶st werden kÃ¶nnen (Urk. 1 S. 3). Kritisiert wird insbesondere, dass im Rahmen der einmaligen Untersuchung durch die Z.__-Gutachter wesentliche Aspekte unerkannt geblieben seien, wohingegen die lang dauernde und umfassende Betreuung durch den behandelnden Arzt Dr. med. A.___, Facharzt FMH fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, wertvolle Erkenntnisse bringe. Dieser habe im Gegensatz zum Z.__-Gutachter, welcher die diagnostizierte PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung nicht quantifiziert habe, nachvollziehbar beschrieben, aufgrund welcher Symptomatik ihre ArbeitsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt sei (Urk. 1 S. 5).

4.Â Â Â Â Â Â Die Ausrichtung einer halben Invalidenrente fÃ¼r die Zeit von Juli 2009 bis Juli 2010 ist unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen. Unbestritten und ebenfalls ausgewiesen ist weiter, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin als VollerwerbstÃ¤tige zu qualifizieren ist und der Berechnung des InvaliditÃ¤tsgrades sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen die TabellenlÃ¶hne gemÃ¤ss den vom Bundesamt fÃ¼r Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu Grunde zu legen sind. Strittig und zu prÃ¼fen ist hingegen, ob sich der (psychische) Gesundheitszustand der BeschwerdefÃ¼hrerin seit Beginn der ArbeitsunfÃ¤higkeit im Februar 2008 im Verlauf soweit gebessert hat, dass kein Ã¼ber Juli 2010 hinausgehender Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

E. 5

5.1Â Â Â Â Streitig und zu prÃ¼fen ist somit, ob die IV-Stelle auf das Z.__-Gutachten abstellen und von einer ab April 2010 bestehenden 100%igen ArbeitsfÃ¤higkeit ausgehen durfte.

5.2Â Â Â Â Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest-zustellen und alle Beweismittel objektiv zu prÃ¼fen, unabhÃ¤ngig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlÃ¤ssige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander

widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÃ¼rdigen und die GrÃ¼nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ã¤rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÃ¤tze entscheidend, ob es fÃ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÃ¼cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander setzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÃ¶tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÃ¤nde und ZusammenhÃ¤nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÃ¼ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÃ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÃ¤umende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÃ¶glichen, 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 Ã¤rztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

5.3Â Â Â Â

5.3.1Â Â Im interdisziplinÃ¤ren Z.__-Gutachten wurden (mit Ausnahme der Arztzeugnisse ohne Diagnosestellung und ohne ergÃ¤nzende Angaben; Urk. 8/5/11-17) alle gemÃ¤ss Aktenlage bekannten medizinischen Berichte in chronologischer Reihenfolge aufgefÃ¼hrt und zusammengefasst erwÃ¤hnt (Urk. 8/27 S. 2-5), das Gutachten wurde somit grundsÃ¤tzlich in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Zudem wurden weitere Unterlagen eingeholt und dem Gutachten beigelegt (Urk. 8/27 S. 2 und S. 47 - 53).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die von Dr. med. B.___, Facharzt FMH fÃ¼r Allgemeine Medizin, erhobene Anamnese (Urk. 8/27 S. 8 - 11) wurde ergÃ¤nzt durch eigene umfassende Status-AbklÃ¤rungen aus internistischer Sicht und durch eine neurologische Untersuchung sowie durch LaborabklÃ¤rungen des Blutes (Urk. 8/27 S. 12 - 14).

Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. med. C.___, FachÃ¤rztin FMH fÃ¼r Physikalische Medizin und Rehabilitation, spezialisiert auf Rheumaerkrankung, erhob die rheumatologische Anamnese (Urk. 8/27 S. 15), erfragte die subjektiven Beschwerden, welche sie durch eigene rheumatologische Befunderhebung und der Erstellung von aktuellen RÃ¶ntgenbildern ergÃ¤nzte (Urk. 8/27 S. 15 - 17).

Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. med. D.___, Facharzt FMH fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, erfasste seinerseits die Vorgeschichte gemÃ¤ss Aktenlage aus psychiatrischer Sicht (Urk. 8/27 S. 20 -11), erhob die aktuelle Situation (Urk. 8/27 S. 21-23), welche er durch die eigene psychiatrische Befunderhebung ergÃ¤nzte (Urk. 8/27 S. 23 - 24). Im Rahmen seiner AbklÃ¤rung untersuchte Dr. D.___ das Kontaktverhalten, die Grundstimmung und die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit und die mimische Beweglichkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin. Weiter wurden der Gedankengang sowie Anhaltspunkte fÃ¼r das Vorhandensein fÃ¼r Halluzinationen Wahn- oder Ich-StÃ¶rungen sowie allfÃ¤llige BeeintrÃ¤chtigungen durch Ã■ngste oder ZwÃ¤nge geprÃ¼ft. Eruiert wurde weiter, ob Auffassung, Ausdauer, Konzentration und mnestische Funktionen intakt seien. Auch das Antriebsverhalten wurde untersucht (Urk. 8/27 S. 23 - 24).

5.3.2Â Â Im Rahmen des interdisziplinÃ¤ren Gutachtens und der versicherungsmedizinischen Beurteilung fassten Chefarzt Dr. E.___, Facharzt FMH fÃ¼r Innere Medizin, und Dr. B.___ gemeinsam mit den beteiligten SpezialÃ¤rzten (Urk. 8/27 S. 26) die Diagnosen mit und ohne Einfluss auf die ArbeitsfÃ¤higkeit der BeschwerdefÃ¼hrerin, den beruflichen und sozialen Werdegang der Versicherten zusammen, stellten den Beginn und den Verlauf der gesundheitlichen Problematik sowie der bisherigen Massnahmen und EinschÃ¤tzungen dar, nahmen Stellung zur aktuellen Situation, begrÃ¼ndeten die eigenen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Diagnosen (Urk. 8/27 S. 26 - 30), und diskutierten die (teilweise abweichende) EinschÃ¤tzung durch Dr. A.___ vom 17. Dezember 2008 (richtig: wohl Bericht vom 28. MÃ¤rz 2009; ein Bericht von Dr. A.___ vom 17. Dezember 2008 findet sich wie von der BeschwerdefÃ¼hrerin vorgebracht nicht in den Akten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Gutachter fÃ¤lschlicherweise das Datum der Erstbehandlung durch Dr. A.___ am 17. Dezember 2008 und nicht das Datum der Berichtserstellung vom 28. MÃ¤rz 2009 angegeben haben; Urk. 8/17 S. 7 und 8/27 S. 32).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gutachter stellten fest, dass sich aus internistischer Sicht keine EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit begrÃ¼nden lasse (Urk. 8/27 S. 29).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus rheumatologischer Sicht wurde eine 100%ige ArbeitsunfÃ¤higkeit fÃ¼r eine vorwiegend mittelschwere bis schwere TÃ¤tigkeit festgestellt. Hingegen konnte im Wesentlichen keine EinschrÃ¤nkung fÃ¼r eine leichte, kÃ¶rperlich wechselbelastende TÃ¤tigkeit begrÃ¼ndet werden. Aufgrund des pathologischen Befunds Â beim RÃ¶ntgen der Hand seien aber vorwiegend manuelle TÃ¤tigkeiten und lÃ¤nger andauernde PC-Arbeiten zu vermeiden wegen der nicht auszuschliessenden intermittierenden entzÃ¼ndlichen SchmerzschÃ¼be und der dadurch bedingten eingeschrÃ¤nkten Gelenksbelastbarkeit (Urk. 8/27 S. 29 - 30).

5.3.3Â Â Bei der psychiatrischen Exploration zeigte sich, dass die Versicherte mit hÃ¤ufigen Problemen im zwischenmenschlichen, privaten und beruflichen Bereich konfrontiert sei. Die ImpulsivitÃ¤t der BeschwerdefÃ¼hrerin, das NichtberÃ¼cksichtigen der Konsequenzen ihres Handelns sowie das Nichterkennen der eigenen Anteile an diesen Schwierigkeiten sprach fÃ¼r das Vorliegen einer PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung, welche in der schwierigen Kindheit begrÃ¼ndet sei. Die Gutachter gingen davon aus, dass es sich am ehesten um eine PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit emotional instabilen Anteilen handle, wie sie auch vom Psychiater Dr. A.___ im Bericht vom 17. Dezember 2008 (richtig: wohl Bericht vom 28. MÃ¤rz 2009; Urk. 8/17 S. 7) beschrieben worden sei (ICD-10 F60.8; PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen). Die narzisstischen Anteile seien im UntersuchungsgesprÃ¤ch mit dem Gutachter nicht im Vordergrund gestanden. Die Versicherte habe psychisch stabil gewirkt und auch kritische Nachfragen tolerieren kÃ¶nnen; es sei zu keiner Anspannung und zu keinem Misstrauen gekommen und sie habe nicht gestresst gewirkt. Seit der Trennung von ihrem zweiten Ehemann habe hier eine deutliche Entlastung stattgefunden. Auch die ambulante Psychotherapie habe sicherlich zur StabilitÃ¤t beigetragen. Auch bezÃ¼glich ihrer sozialen AktivitÃ¤ten und ihres Tagesablaufes kÃ¶nne nicht auf eine verminderte Belastbarkeit oder auf eine starke MÃ¼digkeit geschlossen werden, die eine Auswirkung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit haben kÃ¶nnten. Eine anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung sei Ã¼berwiegend wahrscheinlich auszuschliessen, ebenso eine depressive Symptomatik. Die Versicherte habe im Hamilton-Depressionstest 11 Punkte

erreicht, was auch aufgrund der ICD-Kriterien keiner klinisch relevanten Depression entspreche. Aus psychiatrischer Sicht sei keine EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit festzustellen (Urk. 8/27 S. 30).

5.3.4Â Â Insgesamt wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÃ¤higkeit gestellt:

1. Ã■berwiegend wahrscheinliche, undifferenzierte Spondarthropathie mit/bei:

- Sakroiliitis beidseits linksbetont

- Polyarthralgien bei radiologisch ausgeprÃ¤gter gelenksnaher Osteopenie

2. Chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:

- Blockwirbelbildung C2/3

- beginnender Osteochondrose C3/4 und C4/5

- ausgeprÃ¤gter myofascialer Schmerzkomponente

- muskulÃ¤rer Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz.

Â Â Â Â Â Â Â Â Als Diagnosen ohne Einfluss auf die ArbeitsfÃ¤higkeit wurden

1. Rezidivierende DivertikulitisschÃ¼be bei bekannter Sigmadivertikulose mit/bei:

- Status nach laparaskopischer Sigmaresektion am 03.06.2008

- Status nach AdhÃ¤siolyse und Gelegenheitsappendektomie am 19.06.2009

2. Kongenitale Schielamblyopie rechts sowie

3. Emotional instabile PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung vom impulsiven Typ (ICD -10 F 60.30) attestiert.

Zusammenfassend und unter BerÃ¼cksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde wurde die BeschwerdefÃ¼hrerin aus interdisziplinÃ¤rer Sicht im Zeitpunkt der Begutachtung im April 2010 fÃ¼r die zuletzt ausgeÃ¼bte TÃ¤tigkeit in der Administration und im Auslieferdienst einer Schneiderei sowie als Telefonistin unter Einbezug der qualitativen Kriterien und des Arbeitsplatzprofiles als zu 100% arbeitsfÃ¤hig erachtet, ebenso fÃ¼r eine entsprechende VerweistÃ¤tigkeit. FÃ¼r eine vorwiegend mittelschwere bis schwere TÃ¤tigkeit gingen die Gutachter aufgrund der rheumatologischen Problematik hingegen von keiner verwertbaren RestarbeitsfÃ¤higkeit mehr aus. Als leidensangepasste TÃ¤tigkeiten wurden alle kÃ¶rperlich leichten, wechselbelastenden TÃ¤tigkeiten ohne vorwiegend manuelle Arbeiten und auch ohne lÃ¤nger andauernde reine PC-Arbeiten angegeben. Die somatisch bedingte EinschrÃ¤nkung bestehe seit jeher. Hinsichtlich der psychischen BeeintrÃ¤chtigung sei bis zum Zeitpunkt der Begutachtung auf die durch Dr. A.___ attestierte ArbeitsunfÃ¤higkeit von 40 bis 50 % mit 80%iger Leistungsminderung abzustellen; gegenwÃ¤rtig bestÃ¼nden aus psychiatrischer Sicht keine ArbeitsunfÃ¤higkeit und keine LeistungseinschrÃ¤nkung, was offenbar einer erfolgreichen Psychotherapie zuzuschreiben sei (Urk. 8/27 S. 30 - 31).

E. 6

6.1Â Â Â Â Die IV-Stelle legte das Z.__-Gutachten in der Folge ihrem Regionalen Ã■rztlichen Dienst (RAD) zur PrÃ¼fung vor und Dr. med. F.___, Facharzt FMH fÃ¼r Allgemeine Medizin, kam am 3. August 2010 zu Schluss, dass klar eine Besserung zu

vermerken sei, mit bei der Begutachtung normalisiertem psychiatrischem Beschwerdebild (Urk. 8/29 S. 4).

6.2Â Â Â Â Nachdem die IV-Stelle der BeschwerdefÃ¼hrerin gestÃ¼tzt auf das Z.__-Gutachten und die EinschÃ¤tzung des RAD mit Vorbescheid vom 13. August 2010 (Urk. 8/31) mitgeteilt hatte, dass ab dem Zeitpunkt der Z.__-Begutachtung im April 2010 von einer Besserung des psychischen Gesundheitszustandes und entsprechend von einer 100%igen ArbeitsfÃ¤higkeit ausgegangen werde, reichte die BeschwerdefÃ¼hrerin den Bericht von Dr. A.___ vom 17. Januar 2011 ein (Urk. 8/46 und 8/47).

Â Â Â Â Â Â Â Â GemÃ¤ss diesem Bericht erachtet Dr. A.___ die Ansicht des psychiatrischen Gutachters Dr. D.___, wonach die Versicherte ab April 2010 zu 100 % arbeitsfÃ¤hig sei, als eindeutig nicht zutreffend. Vielmehr sei die Versicherte weiterhin zu cirka 50 % arbeitsunfÃ¤hig. Die bereits in seinem Bericht vom 28. MÃ¤rz 2009 beschriebene PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung sei zwar bestÃ¤tigt worden, doch sei aus dieser Diagnose eine ArbeitsfÃ¤higkeit von 100 % abgeleitet worden, was medizinisch-psychiatrisch nicht nachvollziehbar sei (Urk. 8/45 S. 1). Weiter kritisierte Dr. A.___, dass sich Dr. D.___ fast ausschliesslich auf den Eindruck der VerhÃ¤ltnisse zum Untersuchungszeitpunkt gestÃ¼tzt habe. Ob ihm die Versicherte an diesem Tag psychisch stabil erschienen sei oder nicht, ob sie kritisches Nachfragen seinerseits Â■toleriertÂ■ habe oder nicht, sei fÃ¼r die seriÃ¶se Beurteilung nur einer von mehreren Aspekten. Auch kÃ¶nne der Versicherten kein Nachteil daraus entstehen, dass sie allfÃ¤llig vorhandene Schmerzen nicht Â■spontanÂ■ thematisiert und bei der Schmerzschilderung Â■nicht gequÃ¤ltÂ■ gewirkt habe, ein Leidensdruck fÃ¼r den Gutachter nicht spÃ¼rbar gewesen sei (Urk. 8/45 S. 1 -2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Des Weiteren machte Dr. A.___ geltend, dass der Gutachter unzulÃ¤ssigerweise aus den sozialen AktivitÃ¤ten und dem Tagesablauf der BeschwerdefÃ¼hrerin auf die Abwesenheit von Symptomen schliesse, welche die ArbeitsfÃ¤higkeit beeintrÃ¤chtigen kÃ¶nnen. Bei der Organisation ihrer sozialen AktivitÃ¤ten und ihres Tagesablaufs sei die BeschwerdefÃ¼hrerin jedoch frei und kÃ¶nne ohne Vorgaben Dritter planen und vorgehen und so dem Auftreten von Symptomen entgegenwirken. Bei einer ArbeitstÃ¤tigkeit jedoch sei die BeschwerdefÃ¼hrerin in einem formalen Kontext mit Regeln und Pflichten und in einer oft komplexen sozialen Interaktion mit Vorgesetzen, Mitarbeitern und allfÃ¤lligen Kunden. Darin liege gerade die Hauptproblematik der Versicherten.

Â Â Â Â Â Â Â Â Er habe bereits in seinem Bericht vom 28. MÃ¤rz 2009 ausfÃ¼hrlich dargelegt, aufgrund welcher Symptomatik die ArbeitsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt sei. Es handle sich um folgende Symptomatik: Mittelgradige MerkfÃ¤higkeitsstÃ¶rung, verzweifelte und mÃ¤ssig depressive Grundstimmung mit AffektlabiliÃ¤t, starke Empfindlichkeit auf akustische Reize, gestÃ¶rtes Sozialverhalten (in Gruppensituationen, gegenÃ¼ber Vorgesetzten und anderen AutoritÃ¤ten, z.B. Ã■mtern), BeeintrÃ¤chtigung durch kÃ¶rperliches Schmerzerleben, rasche psychische Ã■berforderung und geringe Frustrationstoleranz.

Â Â Â Â Â Â Â Â Weiter sei nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. D.___ den BDI-Test (Beck-Depression-Inventar) erwÃ¤hne, welcher fÃ¼r die Gesamtbeurteilung nicht relevant, sondern ergÃ¤nzend sei, jedoch die viel wichtigere, wesentlich breiter gefasste, nicht nur auf depressive Symptome fokussierte Testung des SCL-90-R-Tests

(Symptom-Check-List), bei der die Symptome der Versicherten sehr deutlich zum Vorschein gekommen seien, einfach unterschlagen habe. Es sei inakzeptabel, dass in der Beurteilung ein nicht relevanter Test ausfÃ¼hrlich diskutiert und ein relevanter Test einfach unterschlagen werde.

Â Â Â Â Â Â Â Â Insgesamt stelle die Begutachtung durch Dr. D.___ in unzulÃ¤ssiger Weise vor allem auf den Eindruck ab, den die Versicherte wÃ¤hrend des Untersuchungstages auf ihn gemacht habe. Wegleitend fÃ¼r die Beurteilung der ArbeitsfÃ¤higkeit seien jedoch die im zeitlichen LÃ¤ngsschnitt klar vorhandenen EinschrÃ¤nkungen, die an gehabten oder allfÃ¤lligen ArbeitsplÃ¤tzen auftrÃ¤ten, auf diese werde in keiner angemessenen Form eingegangen. Auch sei befremdend, dass der Gutachter durchaus eine emotional instabile PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung diagnostiziert, diese aber nicht (zum Beispiel in leicht, mittel, schwer) quantifiziert und ohne nÃ¤here BegrÃ¼ndung unter die Diagnosen ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit subsumiert habe. Eine PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung sei jedoch immer eine gravierende Diagnose mit deutlicher Auswirkung auf das Selbsterleben des Patienten und seine soziale Interaktion. Die BeschwerdefÃ¼hrerin habe in der Exploration durch den Gutachter deutlich geantwortet, dass nur eine ArbeitstÃ¤tigkeit in Frage komme, bei der sie selbstÃ¤ndig arbeiten kÃ¶nne, ohne direkten Vorgesetzen sowie ohne Stress (Urk. 8/45 S. 2). Dies sei ein deutlicher Hinweis auf die vorhandenen psychischen EinschrÃ¤nkungen der Versicherten. Sie sei eben nicht vollumfÃ¤nglich in der Lage, in einem Â■normalenÂ■ Arbeitsumfang zu arbeiten.

Â Â Â Â Â Â Â Â Die BeschwerdefÃ¼hrerin habe sich inzwischen selbstÃ¤ndig eine Arbeitsstelle gesucht. Seit dem 17. August 2010 arbeite sie an zwei Wochentagen von 11 bis 18 Uhr in einem kleinen KleidergeschÃ¤ft. Nach gutem Beginn seien, wie bei einer behindernden PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung zu erwarten, Schwierigkeiten mit der Arbeitsorganisation und im Umgang mit ihrem Chef entstanden. Sie sei wiederum nicht voll belastbar, die Konzentration nehme rasch ab, sie mache dann Fehler (beispielsweise bei der Abrechnung). Auch der Umgang mit schwieriger Kundschaft falle ihr sehr schwer. Prompt habe ihr KÃ¶rper mit zunehmenden Symptomen wie starken Oberbauchbeschwerden, Schulterschmerzen und ausgeprÃ¤gten - wiederum leistungslimitierenden - SchlafstÃ¶rungen reagiert. Obwohl die BeschwerdefÃ¼hrerin sehr wohl an einer ArbeitstÃ¤tigkeit interessiert sei, werde sie nun notgedrungen versuchen, die ArbeitstÃ¤tigkeit auf nur einen Tag pro Woche zu reduzieren.

Â Â Â Â Â Â Â Â Zusammenfassend kam Dr. A.___ zum Schluss, dass die psychische GesundheitsstÃ¶rung im Z.__-Gutachten nicht hinreichend quantifiziert worden sei und das Gutachten viel zu sehr auf den Tageseindruck abstelle, den der Gutachter bei der Exploration gewonnen habe. Die Auswirkung der GesundheitsstÃ¶rung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit sei nicht korrekt erfasst worden. Die BeschwerdefÃ¼hrerin leide an einer umschriebenen PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit deutlichen Auswirkungen auf die ArbeitsfÃ¤higkeit. Die ArbeitsfÃ¤higkeit sei langfristig zu cirka 50 % eingeschrÃ¤nkt (Urk. 8/45 S. 3).

6.3Â Â Â Â Die IV-Stelle legte den Einwand der BeschwerdefÃ¼hrerin sowie den Bericht von Dr. A.___ in der Folge dem RAD zur eingehenden Stellungnahme aus psychiatrischer Sicht vor (Urk. 8/47 S. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. med. G.___, Facharzt FMH fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM, nahm am 25. Februar 2011 zu den dem psychiatrischen Teil des Z.__-Gutachtens widersprechenden Aussagen von Dr. A.___ wie folgt Stellung:

Die volle ArbeitsfÃ¤higkeit in angepasster TÃ¤tigkeit sei nicht wegen, sondern trotz der Diagnose einer PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung plausibel nachvollziehbar begrÃ¼ndet. Die Diagnose einer PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung allein begrÃ¼nde nicht zwangslÃ¤ufig eine EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit, worauf sowohl der Gutachter als auch Dr. A.___ durch Formulierung eines stÃ¶rungsangepassten TÃ¤tigkeitsprofils eingegangen seien - wenngleich mit unterschiedlichen EinschÃ¤tzungen des Umfangs der ArbeitsfÃ¤higkeit. Dass im Gutachten keine Quantifizierung des Schweregrades der PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung-bedingten funktionellen Defizite erfolge, erscheine belanglos, da aus dem Kontext der erhobenen Befunde und der EinschÃ¤tzung der ArbeitsfÃ¤higkeit dieser unschwer als leicht bis mittel angenommen werden kÃ¶nne. Die Angabe von funktionellen Defiziten sei zudem aussagefÃ¤higer als orientierend gedachte, starr schematische Begriffskategorien.

Das starke Gewichten des aktuellen Eindruckes der BeschwerdefÃ¼hrerin und deren Beschwerden zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung stelle keine - wie behauptet - unzulÃ¤ssige einseitige und den lÃ¤ngsschnittartigen Verlauf der StÃ¶rung unangemessen vernachlÃ¤ssigende Sicht der AusprÃ¤gung der PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung der BeschwerdefÃ¼hrerin dar. Im Gutachten werde aus Sicht des RAD der Vorgeschichte und der aktuellen Lebenssituation der BeschwerdefÃ¼hrerin ausfÃ¼hrlich der notwendige Raum gegeben, vor dem die EinschÃ¤tzungen der Gutachter Ã¼berwiegend plausibel begrÃ¼ndet erschienen.

Das angefÃ¼hrte Scheitern der BeschwerdefÃ¼hrerin in einer von ihr gewÃ¤hlten TÃ¤tigkeit (BekleidungsverkÃ¤uferin in kleinem GeschÃ¤ft), die allenfalls teilweise dem empfohlenen Belastungsprofil fÃ¼r eine angepasste TÃ¤tigkeit entspreche, und mit dem Dr. A.___ die anhaltende ArbeitsfÃ¤higkeit von 50 % bestÃ¤tigt und die EinschÃ¤tzung der Gutachter widerlegt sehe, erscheine nicht ohne Weiteres plausibel, weil gerade nach der bekannten Vorgeschichte und dem empfohlenen Belastbarkeitsprofil die TÃ¤tigkeit als BekleidungsverkÃ¤uferin fÃ¼r die BeschwerdefÃ¼hrerin als eher ungÃ¼nstig, wenn nicht gar ungeeignet angesehen werden mÃ¼sse. Diese EinschÃ¤tzung werde auch dadurch gestÃ¼tzt, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin in dieser TÃ¤tigkeit nicht annÃ¤hernd die von Dr. A.___ selbst eingeschÃ¤tzte ungefÃ¤hre 50%ige LeistungsfÃ¤higkeit habe erreichen kÃ¶nnen (Urk. 8/47 S. 3).

E. 7

7.1Â Â Â Â Auf diese EinschÃ¤tzung des RAD vom 25. Februar 2011 ist abzustellen. Auch wenn dem psychiatrischen Gutachten nicht im Detail entnommen werden kann, mit welchen Fragen oder allenfalls Tests Dr. D.___ die einzelnen Untersuchungsschritte vorgenommen hat, aufgrund derer er zu seinen Feststellungen, Schlussfolgerungen und Diagnosen gekommen ist, und der Gutachter den SCL-90-R-Test (Symptom-Check-List) zur PrÃ¼fung der Symptome der Versicherten nicht wie von Dr. A.___ gefordert wiederholt hat, ergeben sich entgegen der Ansicht der BeschwerdefÃ¼hrerin gestÃ¼tzt auf die vorgenommenen AbklÃ¤rungen keinerlei Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die Untersuchung lediglich oberflÃ¤chlich und/oder nicht fachÃ¤rztlich und nach den Regeln

der Kunst vorgenommen wurde.

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Soweit Dr. A.___ und die BeschwerdefÃ¼hrerin bemÃ¤ngelten, dass das Gutachten auf einer einzigen Untersuchung beruht, ist zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die ZuverlÃ¤ssigkeit der Ã¤rztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgerichts I 748/05 vom 20. Januar 2006 E. 2.2.4). Entscheidend fÃ¼r die QualitÃ¤t des Gutachtens ist in jedem Fall die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese (Urteil des Bundesgerichtes 8C_695/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3.2.2, unter Hinweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft fÃ¼r Versicherungspsychiatrie fÃ¼r die Begutachtung psychischer StÃ¶rungen [abgedruckt in: Schweizerische Ã■rztezeitung 2004, Seiten 1048 ff.], IV. Teil, Ziff. 7 der Leitlinien). Der vorliegenden gutachterlichen Beurteilung liegt ein vollstÃ¤ndiger - klinisch erhobener - Psychostatus zugrunde (Urk. 8/27 S. 34 - 40), die rechtsprechungsgemÃ¤ssen Anforderungen sind damit erfÃ¼llt.

7.2.Â Â Â Die Berichte des behandelnden Psychiaters vom 28. MÃ¤rz 2009 und vom 17. Januar 2011, auf welche die BeschwerdefÃ¼hrerin ihre Beschwerde stÃ¼tzt, vermÃ¶gen daran nichts zu Ã¤ndern. Entgegen der Ansicht der BeschwerdefÃ¼hrerin stellt die anderslautende EinschÃ¤tzung der ArbeitsfÃ¤higkeit durch Dr. D.___ keinen ungelÃ¶sten Widerspruch, sondern eben nur eine anderslautende, jedoch nachvollziehbar und schlÃ¼ssig begrÃ¼ndete EinschÃ¤tzung der ArbeitsfÃ¤higkeit dar. Obwohl im Z.__-Gutachten in der Tat unzutreffend festgehalten wurde, dass aus dem Bericht von Dr. A.___ nicht hervorgehe, aufgrund welcher Symptomatik die ArbeitsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt sei (Urk. 8/27 S. 32 und S. 40), hat Dr. D.___ die von Dr. A.___ als EinschrÃ¤nkungen der ArbeitsfÃ¤higkeit genannte Symptomatik (mittelgradige MerkfÃ¤higkeitsstÃ¶rung, verzweifelte und mÃ¤ssige depressive Grundstimmung mit AffektlabiliÃ¤t, starke Empfindlichkeit auf akustische Reize, gestÃ¶rtes Sozialverhalten in Gruppensituationen, gegenÃ¼ber Vorgesetzten und anderen AutoritÃ¤ten, z.B. Ã■mtern, BeeintrÃ¤chtigung durch kÃ¶rperliches Schmerzerleben, rasche psychische Ã■berforderung und geringe Frustrationstoleranz) in seinem Gutachten erwÃ¤hnt, und damit bei der Beurteilung der ArbeitsfÃ¤higkeit berÃ¼cksichtigt (Urk. 8/27 S. 37 - 40) und diesbezÃ¼glich eine Verbesserung festgestellt. Nachdem Ã¼bereinstimmend die Diagnose einer emotional-instabilen PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung gestellt und die entsprechenden funktionellen Defizite in die Beurteilung der ArbeitsfÃ¤higkeit einbezogen wurden, besteht keine zwingende Notwendigkeit fÃ¼r eine weitere Qualifikation der PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung.

7.3Â Â Â Â Zusammenfassend ergibt sich somit, dass das Z.__-Gutachten vom 14. Juni 2010 auf sorgfÃ¤ltigen und eingehenden fachspezifischen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden gebÃ¼hrend berÃ¼cksichtigt und die Expertise in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt wurde. Im Ã■brigen ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise auf lediglich oberflÃ¤chliche Untersuchungen, haben doch die Gutachter eine ausfÃ¼hrliche Anamnese und eigene Befunde erhoben. Das Gutachten entspricht in jeder Hinsicht den von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen, weshalb darauf abzustellen ist. An dieser Beurteilung vermÃ¶gen sÃ¤mtliche Ã¼brigen Vorbringen der BeschwerdefÃ¼hrerin nichts zu Ã¤ndern. Mit dem Z.__-Gutachten ist daher davon auszugehen, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin ab dem Zeitpunkt der Begutachtung fÃ¼r sÃ¤mtliche ihrer kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit angepassten TÃ¤tigkeiten zu 100 % arbeitsfÃ¤hig ist. Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

8.Â Â Â Â Â Â Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhÃ¤ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der BeschwerdefÃ¼hrerin aufzuerlegen, zufolge GewÃ¤hrung der unentgeltlichen ProzessfÃ¼hrung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der BeschwerdefÃ¼hrerin auferlegt, zufolge GewÃ¤hrung der unentgeltlichen ProzessfÃ¼hrung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die BeschwerdefÃ¼hrerin wird auf Â§ 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3.Â Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Y.___

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÃ¼rich, IV-Stelle

- Bundesamt fÃ¼r Sozialversicherungen

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â sowie an:

-Â Â Gerichtskasse

4.Â Â Â Â Â Â Â Â 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 Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend 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).

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

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÃ¼hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

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