

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01284 vom 28. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01284

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01284 du 28 février 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01284 del 28 febbraio 2013

Erwägungen

E. 3

3.1. Massgebend für den Erlass der leistungsverneinenden Verfügung vom 9. Juni 2009 (Urk. 11/48) war folgendes Gutachten (vgl. Urk. 11/39 S. 4):

3.2. Am 17. Juni 2008 erstatteten die begutachtenden Ärzte der Z.____ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 11/34/1-46). Sie führten aus, es bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19):

- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD 10 F33.0)
- Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtiger Abstinenz (F10.20)
- muskuläre Dysbalance im Bereich des Beckenquadrants
- Status nach unspezifischen Kreuzschmerzen anamnestisch
- Spreizfüsse
- Tendenz zu diffusem weichteilrheumatischem Schmerzsyndrom (aktuell ohne subjektive Schmerzangabe)

3.3. Die Ärzte berichteten zusammenfassend, der Beschwerdeführer habe während vielen Jahren eine schwere körperliche Arbeit im Strassenbau ausgeübt. Im November 2006 sei es zu einer Kündigung gekommen und gleichzeitig habe der Beschwerdeführer eine Kraftlosigkeit in den Händen verspürt. Laut Anamnese habe der Beschwerdeführer seit Ende seiner Arbeitstätigkeit im November 2006 eigentlich kein Schmerzproblem mehr, sondern habe sich eher müde und kraftlos gefühlt.

Seit Juni 2007 habe er sich in fachärztliche psychiatrische Behandlung bei Dr. D.____ begeben (S. 19). Nach dessen Meinung bestehe beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit einerseits wegen der körperlichen Beschwerden, im speziellen wegen der Schmerzen, und andererseits wegen der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Urk. 11/28).

Dagegen habe die aktuelle psychiatrische Abklärung einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ergeben. Die anamnestisch stärker vorhandene depressive Störung sei aktuell lediglich noch als leichtgradig zu beurteilen. Aufgrund der Untersuchungsbefunde lasse sich die postulierte posttraumatische Belastungsstörung nicht bestätigen.

hätten die Suizidgedanken des Beschwerdeführers, welche auch schon zu Vorbereitungshandlungen geführt hätten. Der Beschwerdeführer leide nun andauernd unter stark gedrückter Stimmung, und diese helle sich auch während des Gesprächs nicht mehr auf. Der Beschwerdeführer könne weder lächeln, noch über positive Ereignisse berichten. Seinen Gedanken kreisten nur noch um seine Probleme. Er leide auch unter Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit und erinnere sich oft nicht mehr daran, was in der letzten Sitzung besprochen worden sei. Dies beweise, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Z.____-Gutachten deutlich verschlechtert habe.

Es liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Das Testresultat der Hamilton Depressionsskala sei ebenfalls ein deutlicher Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und könne darauf hinweisen, dass sich der Beschwerdeführer immer mehr in Richtung einer schweren Depression bewege (S. 2 Ziff. II).

Aufgrund des positiven und des negativen Leistungsprofils sei der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten in der freien Marktwirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. III).

Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 25. November 2010 (Urk. 11/72) folgende Diagnosen (S. 1):

- Senk- und Spreizfüsse beidseits
- Status nach Fussoperation links mit Restbeschwerden

Dr. B.____ führte aus, der Beschwerdeführer klage seit Jahren über beidseitige chronische Fussbeschwerden bei Senk- und Spreizfüssen. Ferner klage er über ein chronisch rezidivierendes cervical- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom. Die Abklärungsuntersuchungen mit bildgebenden Verfahren hätten im Bereich der Wirbelsäule leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) ergeben (S. 1).

Die Ärzte der Psychiatrischen C.____ (C.____) nannten in ihrem Bericht vom 16. November 2010 (Urk. 11/73) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom (F33.11), bestehend seit dem Jahr 2001 (S. 1 Ziff. 1.1). Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem 28. August 2010 zu keinem Zeitpunkt auch nur teilweise gegeben gewesen (S. 1). Der Beschwerdeführer sei vom 26. August bis 9. November 2010 in stationärer Behandlung gewesen (S. 2 Ziff. 1.3, vgl. Austrittsbericht Urk. 11/79/5-8). Der Beschwerdeführer habe 1992 traumatisierende Kriegserlebnisse in Bosnien mit Flucht und Vertreibung erlebt und beklage seit 2005 eine depressive Störung mit Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, sozialem Rückzug sowie Gedankenkreisen. Des Weiteren bestehe eine Kraftlosigkeit beider Arme und Beine sowie unklare Ganzkörperschmerzen und Parästhesien (S. 2 Ziff. 1.4).

Seit dem 26. August 2010 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter. Die bisherige Tätigkeit sei ihm aus medizinischer Sicht bis auf weiteres nicht zumutbar. Es bestünden Einschränkungen im Rahmen des depressiven Zustandsbildes mit vorwiegend Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, verminderter Belastbarkeit und allgemeiner Leistungsminderung. Diese wirkten sich bei der Arbeit im Sinne einer verminderten Stresstoleranz und einem vermindertem Durchhaltevermögen,

sowie erheblicher Ermüdbarkeit aus. Derzeit sei die Frage nach dem möglichen Umfang einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht zu beantworten (S. 3 Ziff. 1.6-7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem der Beschwerdeführer vom 12. November 2010 bis 5. Mai 2011 das sozialtherapeutische Vormittagsprogramm im Tageszentrum der C.____ besucht hatte, hielten die Ärzte im Austrittsbericht vom 19. Mai 2011 (Urk. 3/4) fest, der Beschwerdeführer sei zwar sehr motiviert gewesen, habe aber aufgrund von Stimmungsschwankungen häufig Absenzen gehabt. Ziel sei der Aufbau einer Tagesstruktur sowie sozialer Kontakte gewesen. Es habe sich dabei um eine Gruppentherapie gehandelt, welche das Erhalten und Fördern von sozialen Fertigkeiten und Kontakten sowie eine Verbesserung der Aktivität des alltäglichen Lebens anstrebe. Ergänzt wurde die bisherige Diagnosestellung um eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie um ein Sicca-Syndrom (S. 1).

4.5 Ä Ä Ä Ä Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 2. Januar 2011 (Urk. 11/79/1-4) als Diagnose eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom (ICD 10 F33.1) (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei seit dem 17. Juli 2007 bei ihm in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 14. Dezember 2010 erfolgt sei (S. 2 Ziff. 1.2). Dr. D.____ führte aus, trotz regelmäßiger ambulanter und teilstationärer Behandlung (Medizinisches Zentrum A.____) sei es im Laufe des ersten Halbjahres 2010 zu einer Zunahme der Depression gekommen. Aufgrund zunehmend drängender Suizidgedanken sei eine Einweisung in die C.____ im August 2010 unumgänglich gewesen. Auch durch die lange stationäre Behandlung habe lediglich eine Teilremission erreicht werden können. Nach Austritt in die Tagesklinik sei wiederum eine leichte Verschlechterung zu verzeichnen. Eine mögliche zerebrale Vaskulitis, welche Ursache für die starken wiederkehrenden Kopfschmerzen sein könnte, werde zurzeit im E.____ (E.____) abgeklärt (vgl. Urk. 11/80).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner depressiven Erkrankung das ganze Jahr 2010 zu 100 % arbeitsunfähig für jede Erwerbstätigkeit und werde dies auch auf absehbare Zeit bleiben. Es handle sich um eine chronische Erkrankung und eine Verbesserung des Zustandes sei nicht zu erwarten (S. 1 oben, S. 2 Ziff. 1.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 19. Oktober 2011 (Urk. 3/3) führte Dr. D.____ aus, der Beschwerdeführer sei zwischen November 2010 und Mai 2011 im Tageszentrum der C.____ behandelt worden. Während dieser teilstationären Behandlung habe er weiterhin unter mittelschweren Depressionen gelitten. Die Abklärungen der zum Teil sehr heftigen Kopfschmerzen am E.____ (E.____) hätten im Laufe der Monate immer mehr Zeit und Energie des Beschwerdeführers in Anspruch genommen, so dass er sich ab Mai 2011 nicht mehr in der Lage gesehen habe, auch noch in die Tagesklinik zu gehen. Im Rahmen der Abklärungen am E.____ sei ein Analgetika-Misgebrauchskopfschmerz festgestellt worden (vgl. Urk. 11/92/21-25), der im Juni 2011 mit einem Schmerzmittelentzug habe behandelt werden müssen (S. 1). Der Beschwerdeführer versuche diese depressive Seite nach Möglichkeit anderen gegenüber zu verbergen, sie mit seiner ungemächlichen Art und mit Humor zu überspielen (S. 1 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schon aufgrund der psychischen Erkrankung sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig für jede Erwerbstätigkeit. Hinzu kämen noch die Einschränkungen durch die körperlichen Erkrankungen. Es handle

sich um eine schwere, chronische Erkrankung, welche im Verlauf trotz wiederholter stationärer und teilstationärer Behandlungen nicht so weit beeinflusst hat werden können, dass eine Arbeitsfähigkeit wieder in Betracht gekommen wäre. Er gehe von einer bleibenden vollständigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (S. 2 Ziff. 4-5).

4.6 Die Ärzte des E.____, Klinik für Immunologie, stellten in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2010 (Urk. 11/80) folgende Diagnosen (S. 1):

- Sjögrensyndrom
- positive SSA-/SSB-Antikörper
- hohe IgG
- positiver Rheumafaktor
- holokranieller Kopfschmerz seit 5 Jahren
- multiple T2 hyperintense Läsionen frontal subkortikal
- Progredienz der Häufigkeit und Intensität seit 6 Monaten

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei aus der Neurologie bei Verdacht auf zerebrale Vaskulitis zugewiesen worden (S. 1). Immunserologisch bestehe die typische Konstellation eines Sjögrensyndrom, der radiologische Befund sei aber im Hinblick auf eine Vaskulitis unspezifisch gewesen (S. 2).

4.7 Die

4.7.1 Am 1. Juli 2010 [richtig: 2011] erstatteten Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und für Rheumaerkrankungen, und Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste bidisziplinäre Gutachten (Urk. 11/91/1-14 und Urk. 11/92/1-17).

Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen (Urk. 11/92 S. 7 Ziff. III):

- rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig minimale, leichtgradige Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- mäßige kulturelle Integration
- chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom
- nicht ausreichend somatisch abstützbar
- primäres Fibromyalgie-Syndrom
- Panalgie
- Polyarthralgien
- Panvertebralsyndrom
- diffuse Druckschmerzangabe
- multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit
- Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung

- kein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom
- diffuse idiopathische skelettale Hyperostose
- Adipositas, BMI 36,9 kg/m²
- primäres Sjögrensyndrom
- Siccasymptomatik
- Antikörper-Positivität
- Nikotinkonsum
- gestörte Gluconeogenese
- anamnestisch Reizmagensyndrom
- anamnestisch Alkoholkonsum
- aktuell: CDT-Wert negativ
- Polyneuropathie

4.7.2. Dr. F._____ führte im Rahmen seiner Untersuchung (Urk. 11/92/1-17) aus, in der klinischen Untersuchung hätten diffuse Druckschmerzen und Bewegungsschmerzen aller Gelenke imponiert, eine Adipositas, und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus (S. 8 oben). Der Beschwerdeführer habe sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft geschildert, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht worden sei. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch absetzbare Beschwerden hin, und es sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde, als die andere (S. 8 unten, S. 9 Mitte). So habe auch die vom Beschwerdeführer geschilderte Steh- und Gehunsicherheit nicht objektiviert werden können (S. 9 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch beständen anamnestisch und klinisch betreffend die Wirbelsäule keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation oder Kompression des Gefäß- oder Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente. Die vorliegenden CT-Abbildungen der Lendenwirbelsäule vom Januar 2007 und August 2008 dokumentierten Normalbefunde (S. 10 unten). In den ergänzend durchgeführten Untersuchungen hätten keine Hinweise auf eine entzündliche Systemaffektion, auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder auf eine paraneoplastische Komponente objektiviert werden können. Insgesamt seien die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden absetzbar. In derartigen Situationen seien daher invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (S. 13 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F._____ führte weiter aus, das im Dezember 2010 diagnostizierte Sjögrensyndrom könne er aufgrund der Antikörperkonstellation und der Siccasymptomatik der Augen bestätigen. Mit der Diagnose des Sjögrensyndroms gehe aus rein somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einher (S. 14

Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Höchstens phasenweise könne eine kurzdauernde Arbeitsunfähigkeit von wenigen Tagen vorgelegen haben (S. 15 Mitte). Die Prognose sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt gut (S. 16 Mitte).

Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich invaliditätsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschsprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter des Versicherten, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation auswirken (S. 15 unten).

4.7.3 Dr. G. führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 11/92/1-14) nach Untersuchung des Beschwerdeführers am 20. Juni 2011 aus, der Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung könne in den Arztberichten nachverfolgt werden. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei nicht nachweisbar (S. 11 f. Ziff. 7). Laut Beschwerdeführer habe dieser einige schlimme Ereignisse im Zusammenhang mit dem Bosnienkrieg gesehen, sei aber selbst nicht misshandelt worden. 1993 habe er als Flüchtling in die Schweiz einreisen können und danach während Jahren nie Bilder der Kriegsszenen vor sich gesehen. Erst später habe er darüber nachgegrübelt. Bei der Schilderung habe der Beschwerdeführer eine ruhige distanzierte Haltung gezeigt, was gegen das Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung spreche (S. 7 f.). Insbesondere könne nicht erklärt werden, warum der Beschwerdeführer über Jahre ohne Probleme sozial und beruflich habe funktionieren können und dann plötzlich in einem psychiatrischen Bericht vom Januar 2008 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auftauche.

Der Beschwerdeführer sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Die Schmerzen bildeten oft den Hauptfokus seines Interesses und bei Lebensproblemen komme es zu einer Verstärkung der Schmerzen (S. 8 Mitte). Die Symptomatik einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lasse sich am 20. Juni 2011 feststellen und dürfe schon seit längerem andauern (S. 11 f. Ziff. 7).

Seit Jahren sei eine depressive Symptomatik bekannt. Der behandelnde Psychiater datiere den Beginn der rezidivierenden depressiven Störung auf das Jahr 2001, was nicht nachvollzogen werden könne. Im Juli 2007 habe der Beschwerdeführer eine Behandlung aufgenommen, und seither sei ein Auf und Ab der Depressivität zu beobachten. Anlässlich der heutigen Besprechung sei keine massgebliche Depressivität nachweisbar. Der Beschwerdeführer sei fröhlich und könne Spässe machen. Seine Tagesstruktur sei regelmässig, und er pflege regen Kontakt mit Kollegen.

Dr. G. führte aus, eine depressive Symptomatik sei nur in leichtem Ausmass vorhanden und zusammenfassend könne von einer milden psychischen Komorbidität ausgegangen werden (S. 9 oben).

Aus psychiatrischer Sicht könne keine Störung gefunden werden, welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, und es sei davon auszugehen, dass tatsächlich ungünstige krankheitsfremde Faktoren massgeblich

dafür verantwortlich seien, dass der Beschwerdeführer nicht arbeite. Auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert sei die Arbeitsunfähigkeit nicht zurückzuführen (S. 9 Mitte, S. 12 Ziff. 9, Ziff. 10 lit. b).

Rückblickend sei es ab Juli 2007 gelegentlich während den mittelgradigen depressiven Episoden (Oktober bis Dezember 2009 und August bis November 2010) zu kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten von etwa 50 % in der bisherigen Arbeitstätigkeit gekommen (S. 11 Ziff. 2 und Ziff. 4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in angepasster Tätigkeit keine Einschränkung (S. 11 Ziff. 3). Die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie beziehungsweise die Verbesserung der medikamentösen Behandlung seien wichtig. Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert und es sei auf die ungünstigen krankheitsfremden Faktoren hinzuweisen (S. 11 Ziff. 5-6).

5. Rückblick

5.1 Vorab ist die Verwertbarkeit des von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Teilgutachtens vom 1. Juli 2011 von Dr. G. (vorstehend E. 4.7.3) zu prüfen.

5.2 Der Beschwerdeführer machte geltend, dass das psychiatrische Gutachten infolge krasser materieller und formeller Verstösse nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 6 ff. Ziff. 4-7). So habe angesichts der klaren medizinischen Sachlage keinerlei Notwendigkeit bestanden, ein zusätzliches psychiatrisches Gutachten einzuholen, da sämtliche spezialärztliche Berichte das Vorliegen einer Depression mittelgradiger Episode und als Folge davon eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestätigt hätten. Die Beschwerdegegnerin sei nicht zum Einholen einer second opinion berechtigt gewesen (S. 6 f. Ziff. 4).

Auch sei das psychiatrische Teilgutachten von Dr. G. wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs formell untauglich. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, im Vorfeld den Namen des psychiatrischen Gutachters bekanntzugeben. Der Beschwerdeführer machte geltend, nicht gewusst zu haben, am gleichen Tag nach der Untersuchung von Dr. F. noch in die psychiatrische Begutachtung von Dr. G. gehen zu müssen. Er sei davon völlig überrascht worden (S. 7 f. Ziff. 5)

Weiter rügte der Beschwerdeführer, dass sich Dr. G. in keinsten Weise mit den Vorakten, namentlich mit den psychiatrischen Beurteilungen der Klinik A., Dr. D. und des E. auseinandergesetzt habe. Die Beurteilung von Dr. G. stehe im Widerspruch zur Beurteilung von Dr. D. wie auch zum Austrittsbericht der C.. Auch habe Dr. G. keinerlei fremdanamnestiche Erhebungen getroffen, wie zum Beispiel sich mit Dr. D. in Verbindung gesetzt (S. 9 f. Ziff. 6).

5.3 Die Rüge des Beschwerdeführers, dass eine Begutachtung nicht erforderlich sei, ist nach der nunmehr geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts zwar zu hören (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7), erweist sich jedoch als nicht stichhaltig.

Die von den Fachpersonen des Medizinischen Zentrums A. im Frühjahr 2010 im Rahmen der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (vorstehend E. 4.2) gestellten Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Adipositas per magna vermögen für sich keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu begründen, und zudem flossen zahlreiche invaliditätsfremde Faktoren in ihre Beurteilung mit ein. Dass die

Beschwerdegegnerin nach Eingang dieser Berichte im Vorbescheid vom August 2010 (Urk. 11/66) darauf schloss, dass seit der letzten rentenverneinenden VerÄ¼fung vom Juni 2009 (Urk. 11/48) kein verÄ¼nderter gesundheitlicher Zustand mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist, ist so nachvollziehbar (vgl. Urk. 11/64).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Aus dem danach eingegangenen Bericht von Dr. B. ___ vom November 2010 (vorstehend E. 4.3) gingen lediglich die schon im Z. ___-Gutachten vom Juni 2008 bekannte Senk- und Spreizfussproblematik hervor, sowie leichtgradige degenerative VerÄ¼nderungen im Bereich der HWS und LWS, welche fÄ¼r sich genommen auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des BeschwerdefÄ¼hrers oder gar einen EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit darzutun vermochten. Auch die von Seiten der Ä¼rzte der C. ___ im November 2010 (vorstehend E. 4.4) und von Dr. D. ___ im Januar 2011 (vorstehend E. 4.5) diagnostizierte rezidivierende depressive StÄ¼rung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischen Syndrom (F33.11), woraus auf eine 100%ige gÄ¼nzliche ArbeitsunfÄ¼higkeit geschlossen wurde, erscheint nicht ohne weiteres nachvollziehbar. So konnte Dr. D. ___ schon betreffend seiner im Januar 2008 (vgl. Urk. 11/28) getroffener Diagnostik im Z. ___-Gutachten vom Juni 2008 (vorstehend E. 3.2) nicht gefolgt werden, wo bei ebenfalls diagnostizierter rezidivierender depressiven StÄ¼rung und einem Verdacht auf eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung von einer 100%igen ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers ausgegangen wurde.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ DemgegenÄ¼ber wurde im Bericht des E. ___ vom Dezember 2010 (vorstehend E. 4.6) ein bislang nicht diagnostiziertes SjÄ¼rgensensyndrom nebst holokraniellem Kopfschmerz beschrieben. Zu Recht hielt damit Dr. med. H. ___, I. ___ (I. ___), am 15. MÄ¼rz 2011 (Urk. 11/103) fest, dass, um die Diagnose der anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung zu verifizieren und um evaluieren zu kÄ¼nnen, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe, weitere AbklÄ¼rungen in Form einer bidisziplinÄ¼ren Begutachtung erforderlich seien.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Mit Blick auf diese Aktenlage war daher - entgegen der Auffassung des BeschwerdefÄ¼hrers - eine solche Begutachtung nicht bloss angezeigt, sondern vielmehr unerlÄ¼sslich.

5.4

5.4.1 Ä¼ Ä¼ Muss der VersicherungstrÄ¼ger zur AbklÄ¼rung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhÄ¼ngigen SachverstÄ¼ndigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt; diese kann den Gutachter aus triftigen GrÄ¼nden ablehnen und GegenvorschlÄ¼ge machen (Art. 44 ATSG).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 6. April 2011 teilte die Beschwerdegegnerin dem BeschwerdefÄ¼hrer mit, dass eine bidisziplinÄ¼re medizinische AbklÄ¼rung (rheumatologisch-psychiatrisch) nÄ¼tig sei, welche von Dr. F. ___ durchgefÄ¼hrt werde. Der psychiatrische Gutachter werde von Dr. F. ___ bekannt gegeben (Urk. 11/84).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Mit Schreiben an den BeschwerdefÄ¼hrer vom 27. April 2011 (Urk. 11/88) wurde dieser von Dr. F. ___ aufgeboten, sich am 20. Juni 2011 um 12:45 Uhr bei ihm in der Praxis einzufinden.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Der psychiatrische Gutachter Dr. G. ___ wurde in diesem Schreiben weder bekannt gegeben, noch wurde der BeschwerdefÄ¼hrer darauf aufmerksam gemacht, dass eine psychiatrische Begutachtung gleichentags stattfinden werde.

5.4.2.2. Eine mangelhafte vorgängige Orientierung führt indessen nicht ohne weiteres zur Unverwertbarkeit der entsprechenden Abklärungsresultate. Der betroffenen Partei darf aus einer mangelhaften Eröffnung nur (aber immerhin) kein Nachteil erwachsen (Urteil des Bundesgerichts 8C_547/2007 vom 19. März 2008 E. 2.3 mit Hinweis). Die Bekanntgabe der Namen dient dem Zweck, das Abklärungsverfahren der Sozialversicherer derart zu vereinheitlichen, dass dieses nicht im Nachhinein wegen formeller Mängel in Zweifel gezogen und das Gutachten nachträglich wegen gesetzlicher Ausstands- und Ablehnungsgründe (im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG; vgl. dazu BGE 132 V 93 E. 6.5 mit Hinweisen) in der Person des Gutachters als beweisuntauglich erklärt werden muss.

Die Nichtbeachtung der Ausstandspflicht stellt in der Regel eine schwerwiegende Verletzung der Verfahrensvorschriften dar und hat deshalb ungeachtet der materiellen Interessenlage die Aufhebung des unter Mitwirkung einer ausstandspflichtigen Person gefassten Entscheids zur Folge (BGE 132 V 376 E. 7.3; Urteil 8C_547/2007 vom 19. März 2008 E. 2.3).

5.4.3. Da eine mangelhafte vorgängige Orientierung nicht ohne Weiteres zu einer Unverwertbarkeit des Gutachtens führt, ist zu prüfen, ob gegen Dr. G. gesetzliche Ausstands- und Ablehnungsgründe geltend gemacht worden sind, welche die Beweistauglichkeit seines psychiatrischen Gutachtens in Frage stellen. Die Ausstandsgründe nach Art. 36 ATSG stimmen mit denjenigen nach Art. 10 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG) überein (SVR 2007 IV Nr. 22 S. 77 E. 2.2.3, I 478/04). Dazu gehören ein persönliches Interesse an der zu beurteilenden Sache, aber auch die enge verwandtschaftliche oder freundschaftliche Verbundenheit mit einer Partei oder andere Gründe von ähnlichem Gewicht (Urteil des Bundesgerichts U 31/07 vom 7. Dezember 2007 E. 6.1). Bedenken materieller Natur können nicht Inhalt eines Ausstandsbegehrens sein, sondern sind allenfalls im Rahmen der Würdigung des Gutachtens vorzubringen (BGE 132 V 93 E. 6.5).

Derartige bringt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde nicht vor. Vielmehr wird vorgeworfen, dass Dr. G. sich nicht mit den anders lautenden Vorakten auseinandergesetzt habe, mit denen seine Beurteilung im Widerspruch stehe, und es auch unterlassen habe, fremdanamnestic Erhebungen zu tätigen (vorstehend E. 5.2). Dies sind aber keine Ausschluss- oder Ausstandsgründe im genannten Sinne und somit im Rahmen der materiellen Würdigung des Gutachtens zu prüfen.

5.5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gegen den begutachtenden Psychiater Dr. G. weder gesetzliche Ausschluss- noch Ausstandsgründe geltend gemacht wurden und auch sonst keine die Verwertbarkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehende triftige Gründe vorgebracht wurden. Die mangelhafte Bekanntgabe seines Namens führt nicht zur Unverwertbarkeit seines Gutachtens. Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, Zweifel an der persönlichen Integrität von Dr. G. und an dessen pflichtgemässen Ausübung der Gutachtertätigkeit aufkommen zu lassen.

6. Die Sache

6.1. Für die Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenverneinenden Verfügung vom Juni 2009 (Urk. 11/48) bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom Oktober 2011 (Urk. 2) in rentenrelevanter Weise verändert hat, ist vom Z.-Gutachten vom Juni

2008 (vorstehend E. 3.2) auszugehen, worin lediglich Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden sind und sowohl aus psychiatrischer wie auch aus körperlicher Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde.

6.2 Der Beschwerdeführer brachte vor, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. G. (vorstehend 4.7.3) sei materiell untauglich, da er sich mit den Vorakten nicht auseinandergesetzt habe und auch auf das Einholen von fremdanamnestischen Angaben verzichtet habe (vorstehend E. 5.2).

Dem ist entgegenzuhalten, dass sich Dr. G. sehr wohl mit den Vorakten auseinandergesetzt hat. So begründete er in seiner Beurteilung, warum er die von Seiten Dr. D. und der Ärzte der C. diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung verneinte, und weshalb er auch im Hinblick auf die depressive Symptomatik zu anderen Schlüssen betreffend die Arbeitsfähigkeit kam. Er wies auf die regelmässige Tagesstruktur und die regen Kontakte mit Kollegen hin, und konnte auch im Gegensatz zu den Fachpersonen des Medizinischen Zentrums A. keine wesentlichen Konzentrationsstörungen feststellen.

Auch ändert der Umstand, dass Dr. G. auf das Einholen einer Fremdanamnese, insbesondere beim behandelnden Psychiater Dr. D., verzichtete, nichts an der Verwertbarkeit seiner Expertise. Zum einen sind bei psychischen Störungen eine Fremdanamnese ebenso wie (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Ärzte zwar häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/10 vom 21. September 2010, E. 4.1, mit Hinweisen). Zum anderen befanden sich in den Vorakten bereits diverse psychiatrische Stellungnahmen, auf welche sich Dr. G. stützen konnte. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. G. war zudem für die streitigen Belange umfassend und beruhte auf den notwendigen Untersuchungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich damit detailliert auseinander. Die Expertise leuchtet sodann in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen erscheinen als begründet. Gleiches gilt es in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. F. (vorstehend E. 4.7.2) zu sagen, welches ebenfalls die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.5) erfüllt.

Dr. G. verneinte schlüssig das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Vielmehr sah er psychosoziale Belastungsfaktoren als massgeblich dafür verantwortlich, dass der Beschwerdeführer nicht arbeite.

Wohl liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig minimale leichtgradige Episode) vor, die depressive Symptomatik sei jedoch nur in leichtem Ausmass vorhanden, weshalb lediglich von einer milden psychischen Komorbidität auszugehen sei. Auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert sei die Arbeitsunfähigkeit nicht zurückzuführen. Auch Dr. F. sah bei diagnostiziertem chronischem Schmerzsyndrom primär invaliditätsfremde Gründe als im Vordergrund stehend. Aus dem zusätzlich hinzugekommenen Sjögrensyndrom leitete er keine Arbeitsunfähigkeit ab.

6.3 Auch die Rechtsprechung (BGE 130 V 352) geht davon aus, dass pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne (genügende) nachweisbare organische Grundlage grundsätzlich überwindbar sind und nicht zu einer Invalidität führen. Ausgehend vom beweiskräftigen Gutachten von Dr. G. ist eine

allenfalls die Nichtüberwindbarkeit begründende psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die weiteren praxisgemässen Kriterien sind nicht gegeben. So liegen keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen vor. Von einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung kann ebenso wenig gesprochen werden wie von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens. Weiter ist kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“) erkennbar. Schon während der Behandlung im Medizinischen Zentrum A.____ wurde eine Stabilisierung des Zustandes beobachtet (vorstehend E. 4.2) und auch Dr. D.____ berichtete von einer Teilremission nach Einweisung in die C.____ im August 2010 (vorstehend E. 4.5). Sodann begab sich der Beschwerdeführer wohl eine Zeit lang vormittags in eine tagesklinische Behandlung der C.____, welche primär die Strukturierung des Tagesablaufes und den Aufbau der sozialen Kontakte zum Ziel hatte (vorstehend E. 4.4). Es sei jedoch aufgrund der Stimmungsschwankungen zu häufigen Absenzen gekommen, und Dr. D.____ berichtete, die umfassenden und zeitraubenden Abklärungen der Kopfschmerzproblematik des Beschwerdeführers hätten diesen derart beansprucht, dass dieser nicht mehr in der Lage gewesen sei, an dem Therapieprogramm teilzunehmen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person kann indes nicht gesprochen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit sind die Folgen der Schmerzkrankheit als überwindbar zu qualifizieren und ist mithin nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen.

6.4 Ä Ä Ä Ä Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts

8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

6.5 In Bezug auf die generelle Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Adipositas per magna durch die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums A. ___ im Frühjahr 2010 (vorstehend E. 4.2) ist festzuhalten, dass diese sich primär auf die Angaben des Beschwerdeführers stützten und auch der erwähnte Hamilton-Test, welcher sich ebenfalls auf die subjektiven Angaben stützte, nur beschränkt aussagekräftig ist.

Zudem diagnostizierten sie - nebst einer mittelgradigen depressiven Episode, welche aufgrund der fehlenden Dauerhaftigkeit von vornherein nicht invaliditätsbegründend ist - eine Adipositas per magna, welche ebenfalls nicht als invalidisierend angesehen wird. Auch fand keinerlei Abgrenzung von psychosozialen Belastungsfaktoren statt, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar ist.

Aus den gleichen Gründen vermag auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Ärzte der C. ___ im November 2010 (vorstehend E. 4.4) nicht zu überzeugen. Weder wurden psychosoziale Belastungsfaktoren abgegrenzt noch wurde dargelegt, weshalb die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, schon seit dem Jahr 2001 bestanden haben soll. Dies insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer bis ins Jahr 2007 regelmässig einer 100%igen Arbeitstätigkeit nachging.

Nicht nachvollziehbar ist im Übrigen die im Mai 2011 diagnostizierte PTBS. 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 und den eigenen Angaben des Beschwerdeführers sind keine, innerhalb eines halben Jahres seit der Einreise in die Schweiz im Jahr 1993 (vgl. Urk. 11/11 Ziff. 4.1) aufgetretene Probleme im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ersichtlich.

6.6 Auch der Bericht des den Beschwerdeführer langjährig behandelnden Psychiaters Dr. D. ___ (vorstehend E. 4.5) vermag die Schlussfolgerungen von Dr. G. ___ nicht in Zweifel zu ziehen. So befand Dr. D. ___ den Beschwerdeführer schon im Jahr 2008 (vgl. Urk. 11/28) als zu 100 % arbeitsunfähig, was im Z. ___ -Gutachten im Juni 2008 nicht hat bestätigt werden können. Zudem ist nicht nachvollziehbar, dass eine - wenn überhaupt - mittelgradige depressive Episode eine volle Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Zwar erwähnte Dr. D. ___ das Vorliegen eines somatischen Syndroms, setzt sich jedoch nicht damit auseinander, ebenso wenig mit allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren. Dr. D. ___ hat überdies als langjähriger behandelnder Psychiater eine dem Hausarzt gleiche Vertrauensstellung inne, weshalb das Gericht in Bezug auf seinen Bericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen muss und soll, dass diese Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

6.7. Zusammenfassend ist der Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass dem bidisziplinären Gutachten von Dr. F.____ und Dr. G.____ vom Juli 2011 gefolgt werden kann und davon auszugehen ist, dass sowohl aus somatisch-rheumatologischer Sicht wie auch aus psychiatrischer Sicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Demnach steht fest, dass seit der leistungsverneinenden Verfügung vom Juni 2009 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten ist.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

7.1. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2. Mit Kostennote vom 25. Februar 2013 (Urk. 15) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von insgesamt 9.26 Stunden und Barauslagen von Fr. 55.55 geltend, was als angemessen erscheint (Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist er mit Fr. 2'060.15 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein, Zürich, wird mit Fr. 2'060.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.