

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01072 vom 16. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01072

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01072 du 16 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01072 del 16 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei

festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).
1. 4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1. 5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art.

E. 3

S. 1 f. und S. 4). Zuletzt arbeitete sie bis im Juni 2009 als Kassiererin bei der Y.____ (vgl. Urk. 10/9, Urk. 10/14/1-5 S. 3 und Urk. 10/45 S. 3).

Seither war sie nicht mehr erwerbstätig (vgl. Urk. 10/4

E. 5

).

Am 22. März 2011 (Urk. 10/3) meldete sich die Versicherte wegen einer chronifizierten Angststörung und Panikattacken

bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies das Leistungsbegehren am

17. August 2012 (Urk.

E. 10

/36) ab.

E. 014

(Urk. 10/41) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf einen massiv verschlechterten Gesundheitszustand

und der Beilage eines Berichts des Psychiatricentrums Z.____, vom 1. Dezember 2014 (Urk. 10/40) erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht und veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten bei der Medas

A.____ GmbH (Medas), welches am 10. November 2015 (Urk. 10/64) erstattet wurde. Mit Vorbescheid vom 9. Februar 2016 (Urk. 10 / 71) stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach Einwand vom

E. 15

. April 2016 (Urk. 10 / 80) unter Beilage eines Berichts der Z.____ vom 7. April 2016 (Urk. 10/83) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 25. August 2016 (Urk. 10/85 und Urk. 2) ab. 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 26. Juni 2016 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung der IV-Stelle vom 25. August 2016 aufzuheben, ihr sei ab dem frühesten Zeitpunkt eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen sowie ihr

sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr

die unentgeltliche

Rechtsverteidigung zu gewähren (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte am 9. November 2016 (Urk. 9) Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 10. November 2016 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht wurde. Am

E. 17

ATSG

gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung vom 25. August 2016 (Urk. 10/85) damit, dass die Beschwerdeführerin gemäss Medas -Gutachten in der bisherigen Tätigkeit als Servicemitarbeiterin seit 2011 noch zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 67 % arbeitsfähig sei. Obwohl eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes belegt sei, bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 31 % weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin bestritt (Urk. 1), dass das psychiatrische Gutachten der Medas eine rechtsgenügende Grundlage bilde, um ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu beurteilen.

Sie kritisierte dieses

in verschiedener Hinsicht (S. 4-7). Da neben rügte sie die von der Beschwerdeführerin vorgenommene Invaliditätsbeurteilung, indem sie sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen kritisierte (S. 7-9). 2.3

Umstritten ist vorliegend, ob der Beschwerdeführerin nach der Neuanschuldung vom 2. Dezember 2014 nunmehr eine Invalidenrente zusteht.

Vorliegend sind die aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse zu vergleichen mit denjenigen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 17. August 2012 (Urk. 10/36) gezeigt haben. 3.

Die ursprünglich rentenabweisende Verfügung vom 17. August 2012 (Urk. 10/36) basierte gemäss Feststellungsblättern vom 13. März 2012 (Urk. 10/23 S. 3) und vom 17. August 2012 (Urk. 10/35 S. 2) im Wesentlichen auf dem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachten (interdisziplinär, rheumatologisch, psychiatrisch) des Medizinischen Zentrums

B.____ vom 23. Februar 2012 (Urk. 10/22). Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere

Medizin FMH, Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine

Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, nannten in ihrer Expertise keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31). Sie

hielten fest, dass die Symptomatologie nicht ausreichte, um eine eigenständige anhaltende psychiatrische Störung zu attestieren. Hinweise für eine Angsterkrankung oder Panikstörung gemäss ICD-10 Kriterien mit eigenständigem Krankheitswert lägen nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 36). 4. 4.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 25. August 2016 (Urk. 10/85) nach Neuanschuldung (Urk. 10/41) beruhte im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Berichten. 4.2

Hausärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,

bei welcher sich die Beschwerdeführerin seit 4. Oktober

1993 in Behandlung befindet, nannte in ihrem Bericht vom 21. Januar 2015 (Urk. 10/44/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1; verkürzt wiedergegeben): - Chronifizierte Angststörung mit Panikattacken seit 1993 - Chronisch diffuse Schwindelbeschwerden seit 1993 - Chronische Kopfschmerzen wahrscheinlich vom Spannungstyp seit 2007 - Panvertebrales Schmerzsyndrom seit 2010 - Thromboembolische Erkrankung - Diskushernie C6/C7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 links (MRI der Halswirbelsäule [HWS] 22. Mai 2014) - Linksseitiges, sensibel betontes Karpaltunnelsyndrom (Neurographie Dr. J.____

5. Mai 2014) - Sensible Neuropathie des Nervus

ulnaris beidseits (Dr. J.____ 22. Mai 2014)

Dr. F.____ berichtete, dass die Beschwerdeführerin nach ihren eigenen Angaben seit Jahren vom jeweils behandelnden Psychiater arbeitsunfähig geschrieben werde; vom 1.

Oktober 2010 bis 2012 durch Dr. med. G.____ , Fach arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und seit Oktober 2012

durch die Fach personen der Z.____

(S. 3). 4. 3

Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie sowie Psychotherapie und Oberärztin, und lic . phil. I.____ , Psychologin, von d er Z.____ , wo sich die Beschwerdeführerin

seit 10. Oktober 2012 in Behandlung befindet, nannten in ihrem Bericht vom 26. Januar 2015 (Urk. 10/4 8 ; vgl. auch Urk. 10/40) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und ängst lichen Anteilen (ICD-10 F61.0), seit der Jugend - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), seit 20 Jahren - Störung durch Xanax , gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.24)

seit 18 Jahren - Status nach Alkoholabhängigkeit, seit 4 Jahren abstinent (ICD-10 F10.20)

Sie führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit 1. Oktober 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiere ri n bestehe.

Aufgrund der Schwere und Chronifizierung der Symptomatik sei derzeit von keiner Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen (S. 3). 4.4

Dr. med. J.____ , Fachärztin für Neurologie FMH, bei welcher sich die Be schwerdeführerin vom 5. Mai bis zum 21. Juli 2014 in Behandlung befand, nannte in ihrem aktuellsten Bericht vom 13. März 2015 (Urk. 10/49 ; vgl. auch Urk. 10/44/6-

E. 20

) folgende eigene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfä higkeit (S. 1; verkürzt wiedergegeben): - Diskushernie C6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 links - Leichtgradige belastungsabhängige Cervicobrachialgien links, regressiv - Kribbelpar a esthesien

Dig I - III, kein motorisches Defizit - Linksseitiges, sensibel betontes Carpaltunnelsyndrom - Sensible Neuropathie des Nervus

ulnaris beidseits, klinisch linksbetont - Verdacht auf Ulnarisrinnensyndrom links - Bei Bewegung im Ellenbogengelenk (Beugung/Streckung) Schmerzaus strahlung vom Gelenk in Digit V links - Bezüglich Ellenbogengelenk links: Keine Schwellung, keine Rötung, keine Erwärmung - Schmerzcharakter: ziehend, belastungsabhängig - Chronische Cervicalgien - Nichtdefizitär ohne sensomotorisches Defizit - Verdacht auf cervicosp o ndylogenes Syndrom

Dr. J.____ führte aus, aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin zu 50 % arbeitsunfähig (S. 4). E ine behinderungsangepasste Tätigkeit sei maximal zwei Stunden täglich dreimal die Woche möglich. Eine erneute Wiederaufnahme der beruflichen Aktivität sollte auf jeden Fall schrittweise nach Arbeitsversuch und vorsichtiger Steigerung des Pensums in Absprache mit der Beschwerdeführerin und ihren behandelnden Ärz ten erfolgen . Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne gerechnet werden (S. 5) . 4.5

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer im Auftrag der Beschwerdeführerin durchgeführten internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Expertise vom 10. November 2015 (Urk. 10/64 /1-30) stellten Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Klinische Pharmakologie FMH und ärztlicher Leiter, Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der

Medas folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25) : - Angststörung nicht näher bezeichnet (ICD - 10

F41.9) - Schultergelenkschmerzen links bei AC-Gelenksreizung und leichtem sub acromialem

Impingement (ICD - 10 M75.8)

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25): - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich v ermeidend, emotional instabil; ICD-10 F 73 ; richtig wohl: Z73) - Dysfunktionales Krankheitsverhalten (ICD-10 F54) - Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G 44.2); differentialdiagnostisch: medikamenteninduziert - Postthrombotisches Syndrom links nach wiederholter tiefer Beinvenenthrombose links,

inapparenter Lungenembolie, mit Marcumar-Dauertherapie (ICD-10

I 87.0)

Die Fachärzte de r

Medas hielten fest, dass aus internistischer Sicht im spontanen Verhalten wie bei den Funktionsprüfungen keine relevanten Einschränkungen festzustellen gewesen seien. In der rheumatologischen Untersuchung seien Kopf- und Nackenschmerzen subjektiv ausgeprägter geklagt worden. Die Funktionsprüfungen seien unauffällig gewesen ; es seien Muskelverspannungen und Myogelosen vor allem am linken Schultergürtel aufgefallen und es hätten Palpationsschmerz am AC-Gelenk links sowie leichte Impingement -Zeichen im linken Schultergelenk bestanden. Diese leichtgradige Gelenkpathologie sei geeignet , sekundäre muskuläre Dysbalancen und Verspannungen auszulösen, was zum Teil die Nacken- und Kopfschmerzen erklären könnte. Beeinträchtigungen resultierten daraus vor allem für Arbeiten auf oder über Schulterhöhe oder Überkopftätigkeiten. Die Hallux valgus -Deformitäten schränkten das Gehen auf unebenem Gelände ein. Daneben gäbe es keine weiteren qualitativen Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht (S. 21) .

Auch bei der neurologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin die täglich auftretenden Kopfschmerzen in den Vordergrund gestellt, insbesondere bei Nervosität oder Anspannung. Der Neurostatus sei in jeder Hinsicht regelrecht gewesen, insbesondere hätten keine peripher neurologischen oder radikulären Reiz-/Ausfallserscheinungen festgestellt werden können. Auch bei der neurologischen Untersuchung sei ein auffallend erhöhter Muskeltonus in allen geprüften Muskelgruppen und sehr lebhaftes Muskeleigenreflexe festgestellt worden. Krankheitsdiagnosen auf neurologischem Gebiet seien aber keine zu stellen.

Der Befund begründe keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 21 unten) .

Die psychiatrische Untersuchung habe für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin die relevantesten Informationen ergeben. Auf dem Hintergrund sehr problematischer familiärer Sozialisationsbedingungen mit interfamiliärer Gewalt hätten sich bei ihr ungünstige Erlebens- und Verhaltensweisen im Sinne von ängstlichen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen entwickelt (S. 21 unten). Der aktuelle psychiatrische Querschnittsbefund ergebe nicht das Bild einer spezifischen Angststörung.

Die Kriterien einer Panikstörung oder Agoraphobie mit Panikattacken seien nicht erfüllt, ebenso wenig die einer generalisierten Angststörung.

Auch die zuletzt diagnostizierte Persönlichkeitsstörung könne nicht verifiziert werden. Aktuelle Persönlichkeitszüge seien vorhanden, einschliesslich einer habituellen

Ängstlichkeit mit körperlichen Anspannungssymptomen.

Es bestehe in dysfunktionales

Krankheitsverhalten mit Selbstlimitierung und daraus resultierender Dekonditionierung.

Es liege weiter

ein regelmässiger Benzodiazepin-Konsum vor, jedoch bestehe eine Alkoholabstinenz seit inzwischen fünf Jahren.

Die nicht sehr stark ausgeprägte, aber vorhandene Psychopathologie einschliesslich geringer

Ressourcen und einem Schon- und Vermeidungsverhalten schränke die Beschwerdeführerin aktuell für ihre

letzte Tätigkeit im Verkauf und an der Kasse zu 50 % ein. In einer angepassten Tätigkeit (einfach,

strukturiert, wenig Kundenkontakt, ohne Zeitdruck) sei von einer Einschränkung von 33 % auszugehen. In bei den Fällen sei in absehbarer

Zeit (weniger als sechs Monate) durch Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten und bei entsprechender Motivation eine Besserung zu erreichen. Dauerhaft könne für die

zuletzt ausgeübte Tätigkeit allenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 33

% und unter angepassten

Bedingungen von 20 bis 0

% geschätzt werden (S. 22 oben).

Interdisziplinär zusammengefasst hätten sich die Vorbefunde und Vorbeurteilungen in somatischer Hinsicht bestätigt. Es lägen keine strukturellen Gesundheitsschäden vor, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. In psychiatrischer Hinsicht seien Befunde zu erheben, die auf eine Psychopathologie hinweisen würden, im Besonderen, wenn die Biographie und die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin mitberücksichtigt würden. Unter Berücksichtigung der geringen Ressourcen der Beschwerdeführerin und ihrer ungünstigen Lebenssituation (Partnerschaft), aus der sie

sich persönlichkeitsbedingt und man gels adäquater Therapie nicht lösen könne, bestünden aus psychiatrischer Sicht aktuell Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, in grösserem Masse für die letzte Tätigkeit, in kleinerem Masse auch für angepasste Tätigkeiten (S.

E. 22

unten) .

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Fachärzte aus, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei von der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht derzeit nur etwa zu 50 % zu bewältigen. Sie sei durch Ausnutzung der Therapieoptionen in absehbarer Zeit zu verbessern. Geschätzt werde eine dauerhafte restliche Arbeitsunfähigkeit von etwa 33 % bestehen. Derzeit sei sie aus psychiatrischen Gründen auch unter an gepassten Bedingungen nur etwa zu zwei Dritteln leistungsfähig, das heisse, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 33 % in angepasster Tätigkeit. Bei Ausnutzung der Therapieoptionen sei in weniger als sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in angepasster Tätigkeit zu erwarten (S. 28).

Betreffend die Frage der gesundheitlichen Veränderung g aben die Gutachter an, in somatischer Hinsicht bestünden jetzt auf der linken Seite Schulterbeschwerden mit strukturellen Korrelaten, was 2012 noch nicht der Fall gewesen sei (S. 28). Ob aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung stattgefunden habe, könne auf grund der Datenlage nicht verlässlich gesagt werden (S. 29; vgl. auch Urk. 10/67). 5.

Die Fachärzte de r

Medas kamen zum einleuchtend begründeten Schluss, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht seit der ursprünglich en rentenabweisenden Verfügung vom 17. August 2012

verändert hat (vgl. E. 4.5).

Davon ist unbestrittenermassen auszugehen (Urk. 1 S. 4 und Urk. 10/85) ,

z umal zumindest bezüglich der Schulter symptomatik eine substan tielle Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführer in

belegt ist . Daher

ist im Folgenden der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hin sicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 6. 6 .1

Das polydisziplinäre Gutachten de r

Medas

vom 10. November 2015 (Urk. 10/64) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Damit entspricht es grundsätzlich den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 1. 6). 6.2 6.2.1

Sowohl die von Dr. F.____ (E. 4.2), von Dr. J.____ (E. 4.3) wie auch durch die Fachpersonen der Z.____ (E. 4.4) gestellten Diagnosen weichen von jenen der Medas -Gutachter ab (E. 4.5). 6.2.2

Der Bericht von Dr. F.____ ist nicht geeignet, das Medas -Gutachten zu entkräften. Ihre Diagnoseliste ist zwar umfangreich, doch hat sie weitgehend ihre bereits im Rahmen der Erstanmeldung unbeachtlich gebliebenen Diagnosen wie derholt (vgl. Urk. 10/14), welche sie seinerzeit einfach von den behandelnden Fachärzten übernommen hatte (vgl. dazu etwa Bericht von Dr. G.____ , Urk. 10/14/9, Austrittsbericht Kreisspital P.____ , Urk. 10/14/12, Bericht von Dr. J.____ , Urk. 10/44/6). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich verweist sie dementsprechend allein auf die Einschätzung von Dr. G.____ und der Fachleute der Z.____ (Urk. 10/44/3), wes halb ihren Aussagen keine eigenständige Bedeutung und somit kein Beweiswert bei gemessen werden kann. 6.2.3

Dr. J.____

zeigte keine Tatsachen auf , die bei der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind und eine abweichende Beurteilung aufdrängen würde n (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Mit ihren Diagnosen (vgl. E. 4.3) , der von ihr beschriebene n Symptomatik sowie den erhobenen Befunde n

setzte sich der begutachtende Neurologe eingehend auseinander. Dabei legte er nachvollziehbar dar, dass weder radikuläre Reizzeichen noch klinische Hinweise auf eine stattgehabte radikuläre Schädigung vorliegen. Die neurographischen Untersuchungsbefunde könnte n - entgegen Dr. J.____ - nicht als Druckneuropathie interpretiert werden. Die pathologische Relevanz der beschriebenen Spontanaktivität der Muskeln sei unklar. In Anbetracht der von der Beschwerdeführerin gezeigten uneingeschränkten Muskelkraft und der fehlenden radikulären Reiz- oder Ausfallzeichen komme diesem Befund keine Bedeutung zu (Urk. 10/64/36).

Bezüglich der leichtgradigen belastungsunabhängigen Cervicobrachialgien links ging Dr. J.____ selbst davon aus, dass diese regressiv sind. Die Kribbel par a esthesien

Dig I-III führten zu keinem motorischen Defizit. Bezüglich des Ellenbogengelenks links konnte Dr. J.____ selbst keine Schwellung, Rötung oder Erwärmung feststellen. Zudem konnte sie kein sensomotorisches Defizit fest stellen (vgl. E. 4.3) . Was ihre Verdachtsdiagnosen (Ulnarisrinnensyndrom links und cervicospondylogenes Syndrom) angeht, erbringen diese keinen Beweis im erforderlichen Ausmass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2013 vom 24. September 2013 E. 6.3). Klinisch neurolo gisch konnten im Medas -Gutachten keine peripher-neurologischen oder radiku lären Reiz- oder Ausfallzeichen festgestellt werden. Insbesondere gab es keinen Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom oder auf radikuläre Zeichen im Versor gungsgebiet von C6 und C7 des linken Armes. Eine früher bestandene sensible C7-Symptomatik links hat keine Bedeutung mehr (vgl. Urk. 10/64

S. 16 f.). Die Ein engung des Neuroforamens C6/7 ist als klinisch asymptomatisch zu werten. Eine C7-Wurzelkompression besteht nicht (vgl. auch Urk. 10/64/38-45 S. 6 f.). 6.2.4

Ebenso wenig ist der Bericht der Fachleute der Z.____ geeignet, die gutachterli chen Schlussfolgerungen umzustossen.

Bezüglich der kombinierten Persönlichkeitsstörung legte Dr. O. ___ in seinem Teilgutachten (Urk. 10/64/46-64) schlüssig dar, weshalb er

diese Diagnose verwarf und stattdessen akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostizierte, wobei er namentlich auf die fachlich nur schwach begründeten beziehungsweise schwach gewichteten Hinweise auf eine entsprechende Störung hinwies (Urk. 10/64/60). Zu bemerken ist sodann, dass Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen

und bis ins Erwachsenenalter dauern (vgl. F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

in Dilling / Mambour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F]: Klinisch diagnostische Leitlinien, 10.

Aufl. 2015, S. 274 ff.). Weder der langjährig behandelnde Psychiater Dr. med. G. ___ (vgl. Urk. 10/31/1-3), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, noch die Gutachter des Medizinischen Zentrums B. ___

kamen in ihrer Expertise vom 23. Februar 2012 (Urk. 10/22) zum Schluss, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Einzig die Fachpersonen der Z. ___ diagnostizieren eine solche und selbst sie gingen davon aus, dass sie die Symptomatik anders beurteilten als Dr. O. ___ (vgl. Urk. 10/83 S. 4).

Da rechtsprechungsgemäss nicht die genaue Diagnose ausschlaggebend ist, sondern vielmehr in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unabhängig von der Ätiologie auszuweisen und in ihrem Ausmass bestimmt sein muss (BGE 136 V 279 E. 3.2.1), kann letztlich offen bleiben, wie es sich mit den von den Fachleuten der Z. ___ gestellten Diagnosen verhält, zumal nicht nur die behandelnden Ärzte, sondern auch die Gutachter wegen des psychischen Beschwerdebildes eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigten.

Gleiches gilt für die von den Fachpersonen der Z. ___ diagnostizierte generalisierte Angststörung, zu welcher Dr. O. ___ berichtete, dass die von ihm registrierte Symptomatik nicht dem klassischen Bild einer Panikstörung entspricht, sondern lediglich als eine Angststörung nicht näher bezeichnet zu diagnostizieren ist (vgl. Urk. 10/64/46-64 S. 13). Was die von den Fachpersonen der Z. ___ diagnostizierte Störung durch Xanax angeht, stellten die Gutachter respektive Dr. O. ___ klar, dass es sich dabei nicht um ein florides Suchtgeschehen handelt, sondern bei der geringen täglichen Menge um einen Status nach Benzodiazepine-Abhängigkeit (vgl. Urk. 10/64/46-64 S. 13), welche nicht als Suchterkrankung aufzufassen ist (vgl. Urk. 10/64/1-30 S. 24). 6.2.5

Die Gutachter bescheinigten in Anbetracht der psychischen Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Kassiererin und eine solche von 67 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (E. 4.5), während die Fachleute der Z. ___ im ersten Arbeitsmarkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit postulierten (E. 4.3). Letztere hielten zum Verlauf dieser Arbeitsunfähigkeit fest, sie gelte seit 2010 (E. 4.3 und Urk. 10/83/3), wobei sie die im Gutachten des Medizinischen Zentrums B. ___ am 23. Februar 2012 festgehaltene vollständige Arbeitsfähigkeit (E. 3) einfach ausser Acht liessen. Dies lässt darauf schliessen, dass ihre Einschätzung nicht die gesamten Vorakten berücksichtigte, was deren Beweiswert massglichsch beeinträchtigt (E. 1.6).

Darüber hinaus ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb ihre Berichte mit Zurückhaltung zu würdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3a/cc). Diese mögen mithin an der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern. 6.3

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde (Urk. 1)

insbesondere gestützt auf einen Bericht der Z. ___ vom 7. April 2016 (Urk. 10/83) in verschiedener Hinsicht Kritik am Medas - Gutachten vor.

So

beanstandete sie, dass nach der Empfehlung von ICD-10 ein einzelnes Interview nicht ausreiche zur Einschätzung einer Persönlichkeitsstörung, da die Diagnostik nicht in einem Querschnitt erhoben werden könne, weshalb das Gutachten in Bezug auf Diagnoseerhebung unvollständig sei. Zudem hätten es die Gutachter unterlassen, weitere eigene Abklärungen zu tätigen oder zumindest Rückfragen zu den offenen Punkten zu stellen, womit sie ihrer Aufgabe nicht in rechtsgenügender Weise nachgekommen seien (Urk. 1 S. 5 f.).

Dem ist zu entgegen, dass bezüglich der psychiatrischen Begutachtung dem Facharzt betreffend Wahl der Untersuchungsmerkmale ein weiter Ermessensspielraum zukommt und es nicht zwingend notwendig ist, dass er fremdanamnistische Angaben einholt (Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung haben psychiatrische Untersuchungen eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung zu enthalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_86/2015 vom 6. Mai 2015 E. 5.2). Diese Voraussetzungen wurden von Dr. O. ___ allesamt erfüllt (vgl. Urk. 10/64/46-64). Die Berichte der Ärzte der Z. ___

waren den Medas - Gutachtern

zudem bekannt und sie haben sich – wie gesagt – umfassend damit auseinandergesetzt (vgl. E. 6.2.4).

Überdies kritisierte sie den Umstand, dass von den Medas -Gutachtern ihre Mitwirkung als ungenügend dargestellt werde. Sie sei in ihren krankheitsbedingten Möglichkeiten als compliant zu beurteilen (Urk. 1 S. 7). Dem ist zu entgegen, dass die Medas -Gutachter die Beschwerdeführerin in sehr wohl als compliant beurteilten und ihre Mitwirkung nicht in Frage stellten, jedoch die aktuelle Therapie als nicht ausreichend erachteten (vgl. Urk. 10/64/1-30 S. 26).

Daran knüpften sie jedoch lediglich Konsequenzen in dem Sinne, dass eine (bessere) Ausnutzung der Therapieoptionen zu einer noch höheren Arbeitsfähigkeit führen könnte (S. 28). Diese blieb für die folgende Invaliditätsbemessung jedoch unbeachtlich, weshalb sich hierzu Weiterungen erübrigen. 6.4

Nach dem Gesagten kann auf das Medas -Gutachten vom 10. November 2015 (E. 4.5) abgestellt werden. Es ist somit gestützt auf die somatischen Leiden (Schultergelenkschmerzen links bei AC-Gelenksreizung und leichtem subacromialem

Impingement sowie einem post thrombotischen Syndrom links ; chronische Kopfschmerzen vom Verspannungstyp) und die psychischen Leiden (Angststörung nicht näher bezeichnet; akzentuierte Persönlichkeitszüge; dysfunktionales Krankheitsverhalten) von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

in ihrer angestammten Tätigkeit als Kassiererin und einer 67%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen (vgl. E. 4.5).

Dabei formulierte der begutachtende Rheumatologe folgendes Zumutbarkeitsprofil:

Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe inklusive auf ein Minimum beschränkte Überkopfarbeiten, Gehen auf unebenem Gelände auf ein Minimum beschränkt, Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe maximal 20 kg, in Brusthöhe maximal 25 kg, Tätigkeiten mit den oberen Extremitäten leicht bis mittelschwer, kurzfristig auch schwer, bei sitzenden oder gehenden Tätigkeiten wäre die Möglichkeit für Wechselpositionen günstig (Urk. 10/64/16). 7.7.1

Hinsichtlich des Valideneinkommens ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer mehrjährigen Absenz von ihrer früheren Anstellung als Kassiererin/Serviceangestellte sowie des Umstandes, dass sie über keine abgeschlossene Ausbildung verfügt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nicht mehr an gleicher Stelle arbeiten würde.

Auf das entsprechende Einkommen als Kassiererin

kann demnach im Rahmen der Ermittlung des Valideneinkommens nicht abgestellt werden, zumal ihr seinerzeit nicht aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde, sondern sie selbst das Arbeitsverhältnis auflöste (Urk. 10/9/1). Vor diesem Hintergrund hat die Ermittlung des Valideneinkommens anhand statistischer Durchschnittswerte zu erfolgen. 7.2

Die Beschwerdeführerin verfügt über keinen Berufsabschluss (Urk. 10/3 S. 4). Bei dieser Ausgangslage ist sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen aufgrund der gleichen statistischen Durchschnittswerte zu ermitteln. Dabei kann rechnerisch ein Prozentvergleich erfolgen; dies falls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines (allfälligen) Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.1 mit Hinweis). 7.3

Die Beschwerdegegnerin sah bei der Berechnung des Invalideneinkommens von einem Tabellenlohnabzug ab (vgl. Urk. 10/85 S. 2 und Urk. 10/69). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6).

Die Beschwerdeführerin brachte vor, dass von den LSE-Tabellenlöhnen ein leistungsbedingter Abzug von mindestens 10 % vorzunehmen sei. Sie begründete dies mit ihrer krankheitsbedingt eingeschränkten Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit, der leicht eingeschränkten Gruppenfähigkeit und dem erhöhten Pausenbedarf und einer Teilpensumsarbeit, welche auf Vor- und Nachmittagsstunden zu legen sei (vgl. Urk. 1 S.

8).

Hinsichtlich des leidensbedingten Abzuges ist anzumerken, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_833 / 2017 vom 20. April

2018 E. 2.2). Die von der Beschwerdeführerin angeführten Einschränkungen fanden bereits Eingang in die Beurteilung durch Dr. O. ___ und führten zur von den Gutachtern veranschlagten eingeschränkten Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 33 %

(vgl. Urk. 10/30 S. 19). Damit ist ein zusätzlicher Tabellenlohnabzug nicht angezeigt, zumal der Beschwerdeführerin auch mit den seitens des Rheumatologen genannten Einschränkungen (E. 6.4) ein relativ weiter Bereich von Tätigkeiten offen steht. Darüber hinaus stellt weder das Angewiesensein auf das Entgegenkommen eines verständnisvollen Arbeitgebers, noch das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft, praxisgemäss ein eigenständiges Abzugskriterium dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017

vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2).

Ein triftiger Grund, von der Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin abzuweichen, ist nicht ersichtlich.

Zusammenfassend führt dies unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 67 % (vgl. E. 6.4) zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33 %, was im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde führt (vgl. E. 1.2).

Bei dieser Sachlage kann eine gerichtliche Überprüfung der aus psychiatrischer Sicht bescheinigten Arbeitsunfähigkeit mittels strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 unterbleiben. 8.

8.1

Die Beschwerdeführerin beantragte (Urk. 1) die unentgeltliche Rechtspflege unter Beistellung von Advokatin Karin Wüthrich, Olten (procap), als unentgeltliche Rechtsvertreterin. Die Prozessführung schien zum Zeitpunkt der Verfahrenseinleitung nicht aussichtslos, die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist ausgewiesen (vgl. Urk. 3/5) und eine Rechtsbeistellung geboten. Ihr

ist daher die unentgeltliche Rechtspflege unter Beistellung von Rechtsanwältin Karin Wüthrich

als unentgeltliche Rechtsbeiständin zu gewähren

(vgl. BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). 8.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen. Diese sind ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Am 17. November 2016 (Urk. 12) reichte Advokatin

Karin Wüthrich, Olten, eine Kostennote mit einem Stundenaufwand von 9,6 Stunden zum einem Honorarstundenansatz von Fr. 170.-- und Barauslagen in der Höhe von Fr. 75.90

ein (Urk. 13) .

Der geltend gemachte Aufwand sowie die Barauslagen sind angemessen. Gerichtsüblich werden für gemeinnützige Organisationen tätige Anwälte mit einem Stundenansatz von Fr. 185.-- entschädigt. Dementsprechend ist die Entschädigung auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 26. September 2016 wird der Beschwerdeführerin Karin Wüthrich, Olten (procap), als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihr die

unentgeltliche Prozessführung

gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Advokatin Karin Wüthrich, Olten, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Karin Wüthrich -
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
GräubMüller

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