

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01161 vom 27. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01161

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01161 du 27 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01161 del 27 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1962 geborene X.____ arbeitete als Küchenhilfe und meldete sich am 8. April 2013 unter Hinweis auf ein invalidisierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom (LRS) L4 links, eine therapierefraktäre zervikale Spinalstenose (CSS) und eine depressive Verstimmung mit Somatisierung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung beim Y.____ (Urk. 6/58). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 15. September 2016 (Urk. 2) eine befristete ganze Rente vom 1. Januar 2014 bis 31. März 2015 zu.

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.

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits

deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

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

E. 1.5

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 Vorkenntnisse (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.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 20. Oktober 2016 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 15. September 2016 sei aufzuheben und es sei ihr eine (unbefristete) ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Die IV-Stelle ersuchte am 22. November 2016 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 23. November 2016 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 15. September 2016 (Urk. 2) aus, dass der Beschwerdeführerin nach der einjährigen Wartezeit zunächst keine Tätigkeit in der freien Wirtschaft zumutbar gewesen sei. Diese Erwerbsunfähigkeit begründe einen Invaliditätsgrad von 100 %. Seit Januar 2015 habe sich der somatische Gesundheitszustand verbessert. Ab diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste - näher bezeichnete - Tätigkeit in einem 100 %-Pensum zumutbar. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 25 %. Somit bestehe Anspruch auf eine befristete ganze Rente ab 1. Januar 2014 bis 31. März 2015.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, es sei von einem Gesundheitsschaden auszugehen, der mit einem Verlust der Erwerbsfähigkeit einhergehe. Die Schlussfolgerung der Gutachter und der IV-Stelle, die Beschwerdeführerin könne in angepasster Tätigkeit 100 % arbeiten, sei mit den vorhandenen schweren somatischen Diagnosen nicht in Einklang zu bringen (Urk. 1 S. 5). Sie rügte im Weiteren, dass die Beschwerdegegnerin nur den somatischen Gesundheitsschaden berücksichtigen wolle. Es liege eine Form der somatoformen Störung vor (Urk. 1 S. 6). Es handle sich um ein langjähriges chronifiziertes Krankheitsgeschehen und die mögliche Operation sei (erfolglos) durchgeführt worden. Es sei somit von einer Behandlungsresistenz auszugehen (S. 6 f.). Die anhaltenden körperlichen Schmerzen hätten einen negativen Einfluss auf die subjektive Schmerz Wahrnehmung und der Schmerzverarbeitung komme - in Abhängigkeit von den körperlichen Beschwerden, der chronischen depressiven Reaktion, dem Schmerzgeschehen und der dissoziativen Bewegungsstörung mit Tremorsymptomatik - eine invalidisierende Bedeutung als ressourcenhemmender Faktor zu (S. 8). Die Beschwerdeführerin leide seit 2012 zunehmend an degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule, was im Juni 2014 eine Spondylodese unumgänglich gemacht habe. Diese Wirbelsäulenverschraubung habe zu keiner Veränderung des Gesundheitszustandes geführt; im Gegenteil. Eine Verbesserung ab Januar 2015 sei daher nicht ersichtlich (S. 9). Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, selbst wenn sie medizinisch-theoretisch noch eine adaptierte Tätigkeit ausüben könnte, könne sie die verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten (S. 9). 3.

3.1

Im Bericht der Z.____ vom 19. Juni 2014 (Urk. 6/42/6-7), wo die Beschwerdeführerin am 11. Juni 2014 operiert worden war (transpedikuläre Spondylodese), stellten Dr. med. A.____, Oberarzt Wirbelsäulen Chirurgie, und Spitalarzt B.____, Wirbelsäulenzentrum, folgende Diagnosen: Chronisches lumbospondylogenes und lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links bei schweren Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 links mit hochgradiger Foramina stenose L5/S1 links. Als Nebendiagnosen wurden ein reaktives depressives Syndrom bei chronischer Schmerzsymptomatik und ein intraoperativer Blutverlust genannt.

Dr. A.____ und Dr. med. C.____, Assistenzarzt Wirbelsäulen Chirurgie, hielten fest, die Patientin sei zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben bis zur ersten Kontrolle sechs Wochen postoperativ. Angaben zur Arbeitsfähigkeit könnten erst danach gemacht werden. 3.2

Im Bericht vom 6. August 2014 (Urk. 6/44) stellten der Operateur Dr. C.____ und Dr. A.____ die Diagnose Status nach Spondylodese L4/5 und L5/S1 mit transpedikulärer Verschraubung am 11. Juni 2014 bei schwerer Osteochondrose L4/5 und L5/S1 mit

Foraminalstenose L5 links. Sie führten aus, sie stellten heute, sechs Wochen postoperativ, ein sehr gutes Ergebnis fest mit kompletter Regredienz der Schmerzsymptomatik. 3.3

Im Bericht vom 30. Dezember 2014 (Urk. 6/48/3) hielten Dr. med. D.____, Assistenzarzt Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. A.____ fest, in der ersten klinischen Nachkontrolle nach der Operation habe die Patientin über einen deutlichen Rückgang der Rücken- sowie linksseitigen Beinschmerzen berichtet. Bei der zweiten Konsultation vom 10. September 2014 habe die Patientin hauptsächlich noch linksseitige Gesässschmerzen mit leichter Ausstrahlung in das Bein beklagt. Sie habe eine langsame Genesung gezeigt. Die aktuellen Restbeschwerden führten sie auf eine Überbelastung des Iliosakralgelenkes zurück. Eine Rückkehr zur bisherigen Tätigkeit sei mittelfristig sicherlich denkbar. Ansonsten würden sie eine arbeitsmedizinische Beurteilung empfehlen. 3.4

Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens des Y.____ vom 14. Juli 2015 (Urk. 6/58) wurde die Beschwerdeführerin internistisch, orthopädisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht.

Die Ärzte stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 69 f.): - Langjähriges, seit circa 2003 bestehendes chronisches lumbospondylogenes und radikuläres sensomotorisches Ausfallssyndrom L5 bis S1 mit/bei schweren degenerativen LWS-Veränderungen und Foramenstenose L5 links und Segmentdegenerationen L4/5 sowie L5/S1, dorsaler, transpediculärer Spondylodese L4 bis S1, TLIF L4/5 und L5/S1 von links November 2014, aktuell elektroneurographisch Befunde passend zu einer radikulären/proximal peripheren L5 Läsion links mit MR-radiologisch bestätigter narbiger Einengung des Neuroforamens L5/S1 links mit möglicher Reizung der Nervenwurzel L5 links - Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie), ICD-Nr. F43.21, F34.1

Sodann wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 70): - Adipositas - Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörung, ICD-Nr. F44.4, mit Tremor symptomatik - Urinstressinkontinenz Grad II - Nebenschlussvarizen beidseits

Die verantwortlichen Ärzte hielten fest, seit zehn Jahren bestünden bei der Beschwerdeführerin lumbale Schmerzen und nach erfolgloser Behandlung mit Medikamenten, Physiotherapie und Spritzen sei am 11. Juni 2014 bei Osteochondrose L4 bis S1 links mit hochgradiger Foraminalstenose L5/S1 links eine dorsale transpediculäre Spondylodese L4 bis S1 mit TLIF L4/5 und L5/S1 links durchgeführt worden. Postoperativ hätten die lumbalen Schmerzen vorübergehend nachgelassen, im Verlaufe der Zeit aber wieder zugenommen und setzten sich in den Knöchel links fort, wodurch der Schlaf beeinträchtigt sei. Die Qualität der Schmerzen könne nicht beschrieben werden. Das Sitzen sei auf 30 Minuten und das Laufen auf 45 Minuten limitiert. Das Bücken, Heben und Tragen von Lasten sei unmöglich. Auf ein Lendenmieder werde verzichtet. Schmerzmittel würden regelmässig verwendet. Die momentan durchgeführte Physiotherapie reduziere die Schmerzen leicht. Es werde ein Taubheitsgefühl lateral am linken Unterschenkel beschrieben. Eine stationäre Behandlung vom 15. Januar bis 2. Februar 2013 an der Rheumaklinik des E.____ sowie ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt vom 7. Februar bis 20. März 2013 an der F.____ seien letztlich wirkungslos gewesen. Die lumbalen Schmerzen und das Ausmass der demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde der LWS seien allerdings durch den nicht sehr ausgeprägten MRI-Befund nur unvollständig nachvollziehbar. Körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten, vorwiegend sitzend oder

stehend mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen könnten wegen der narbigen Einengung des Neuroforamens L5/S1 links mit möglicher Reizung der Nervenwurzel L5 links bei Status nach Spondylodese L4 bis S1 nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine erhebliche Symptom ausweitung ergeben und auf Grund derer sowie fehlender Kooperation seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkung lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests (S. 66).

Die beim Husten, Lachen und Niesen auftretende Urininkontinenz könnte mit einer Einlage erfolgreich behandelt werden. Die Beschwerdeführerin fühle sich aus internistischer Sicht gesund und voll leistungsfähig. Sie gebe keine kreis laufrelevanten oder respiratorischen Beschwerden an. Diese Beurteilung ent spreche auch der internistischen gutachterlichen Einschätzung.

Die angegebenen Symptome, Rückenschmerzen lumbal mit Ausstrahlung ins linke Bein, beschrieben als ein offiziersstreifenartiger Verlauf bis über den Aussenknöchel links bis unter die Fusssohle reichend, würden einem radikulären Schmerzbild im Dermatome L5-S1 links entsprechen. Sowohl die im Rahmen der aktuellen gutachterlichen klinisch-neurologischen Untersuchung erfasste Schwäche im Bereich des linken Beines/Fusses als auch das Ausbreitungsmuster der (Oberflächen-)Sensibilitätsstörung würden dem Bild einer Affektion der genannten Nervenwurzeln L5 links entsprechen, ebenso wie die Ergebnisse der elektroneurographischen Untersuchung. Konkordante klinisch-neurologische Befunde seien bereits präoperativ durch PD Dr. G.____, FMH Neurologie H.____, im August 2013 erhoben worden. Die im Rahmen der gutachterlichen Abklärung durchgeführte elektroneurographische Untersuchung motorischer und sensibler Beinerven im Seitenvergleich verweise in ihrer Befundkonstellation, mit für den Nervus peroneus links distal betonter motorischer Amplitudenmin derung, motorisch wie sensibel, auf eine ausgeweitete Schädigung der L5-Nervenwurzel hin, foraminal, sensibel prä- wie postganglionär. Die bildgebende Bestätigung liefere die durch den Hauptgutachter veranlasste LWS-MRI-Untersuchung vom 21. Mai 2015 durch Beschreibung einer narbigen Verengung des Foramens L5 mit entsprechender Kompromittierung der Nervenwurzel links. Dies erkläre die postoperativ anhaltenden schmerzhaften Beschwerden der Ver sicherten und sei in Übereinstimmung mit den derzeitigen fassbaren klinischen Befunden stehend zu bewerten. Durch nadelmyographische Untersuchungen der Kennmuskulatur hätte die Möglichkeit bestanden, das erfasste radiologische wie klinische Ausmass der chronischen Nervenwurzelkompression links und deren muskuläre Folgeschäden zu bestätigen (zu erwartender chronisch neurogener Umbau mit entsprechend pathologisch konfigurierten Motor Unit Potentials/MUPs). Dies habe die Beschwerdeführerin allerdings konsequent abgelehnt. Hingegen sei das präsentierte muskuläre Zittern, welches sich unter Durchfüh rung der klinisch-neurologischen Untersuchung akzentuiert habe, nicht neuro logisch erklärbar. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der klinisch und elek troneurographisch erfassten Ausfall-Symptomatik L5-S1 links in Form von Ausstrahlungsschmerzen ins linke Bein und einer leicht- bis

mittelgradigen Fussheberschwäche nicht in der Lage, die linke untere Extremität vollumfänglich zu belasten. Schmerzauslösend beziehungsweise -verstärkend könnten stehende wie gehende und auch dauerhaft sitzende berufliche Tätigkeiten, ohne die Möglichkeit zur Wechselhaltung, sein. Auch Arbeiten in der Hocke, Bücken oder eine Gewichtsbelastung der Wirbelsäule seien zu vermeiden. Die Ressourcen der Beschwerdeführerin schienen vollkommen aufgebraucht zu sein (S. 67 f.).

Aus psychiatrischer Sicht habe die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit einer anhaltenden LWS-Schmerzsymptomatik seit etwa Januar 2013 leichte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion entwickelt, gekennzeichnet durch vermehrte Traurigkeit, Unruhezustände, vermehrte Nachdenklichkeit infolge der Schmerzen und psychosozialen Belastung mit Arbeitslosigkeit und Durchschlafstörungen. Jedoch hätten noch keine depressiven Störungen mit Krankheitswert und keine Hinweise für andere psychiatrische Erkrankungen bestanden. Diese leichten Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion seien auch in einem psychiatrischen Gutachten von Dr. I. ___ am 16. August 2013 diagnostiziert worden. Im weiteren Verlauf lasse sich nach einer operativen Behandlung mit Spondylodese L4 bis S1 am 11. Juni 2014 eine leichte Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit verstärkten depressiven Reaktionen im Rahmen der Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion erheben. Dabei handle es sich weiterhin um einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf die anhaltende Belastungssituation und es könne - nachdem Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion definitionsgemäss nicht länger als zwei Jahre dauerten - ein Übergang in eine chronische depressive Verstimmung entsprechend einer Dysthymie angenommen werden. Dabei handle es sich ebenfalls um eine leichte depressive Störung. Diese Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung entsprechend einer Dysthymie seien gekennzeichnet durch bedrückte Stimmung mit vermehrter Traurigkeit, psychomotorische Unruhe, Affektlabilität mit vermehrtem Weinen und hinzu kämen vermehrtes Nachdenken mit eingengtem Denken auf die körperlichen Beschwerden und die soziale Situation, mit mangelnder Motivation und mangelnden Interessen. Weiter bestünden Durchschlafstörungen mit drei- bis viermaligem Erwachen ohne erkennbare vermehrte Müdigkeit oder Erschöpfung. Suizidgedanken würden verneint und es fänden sich keine Hinweise für eine suizidale Einengung. Auch liessen sich keine Angststörungen nachweisen. Diese leichten depressiven Verstimmungen wechselten bei Ablenkung mit kurzen Stimmungsaufhellungen ab. Daneben fänden sich keine Hinweise für mittelgradige oder schwere depressive Verstimmungen. Weiter bestehe seit der operativen Behandlung vom Juni 2014 eine grobschlägige Tremorsymptomatik an bei den Beinen unterschiedlicher Intensität, verstärkt bei Beobachtung, mit Besserung bei Ablenkung und es handle sich dabei aus psychiatrischer Sicht am ehesten um dissoziative Bewegungsstörungen im Sinne eines psychogenen Tremors. Diese dissoziativen Störungen könnten einem syndromalen Beschwerdebild zugeordnet werden. Daneben liessen sich bei der Versicherten aufgrund der Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung entsprechend einer Dysthymie nur leichte depressive Störungen erheben. Damit bestehe keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer und die Beschwerdeführerin verfüge ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Beschwerden, die mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausreichend überwindbar erschienen. Auch bestünden keine weiteren massgebenden Faktoren wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ausser den

somatisch zu erhe benden Befunden, und kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Die Beschwerdeführerin habe laut ihren Angaben wenige soziale Kontakte, jedoch gute familiäre Kontakte. Auch liege kein hoher primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr ange haren innerseelischen Verlaufes bei missglückter, psychisch aber entlastender Konfliktbewältigung vor und es könne höchstens ein sekundärer Krankheitsge winn angenommen werden. Jedoch würden unbefriedigende Behandlungser gebnisse trotz konsequenter Behandlungsbemühungen bei vorhandener Motiva tion und Eigenverantwortung vorliegen und die Beschwerdeführerin erhalte seit April 2013 eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bei Dr. J.____. Allerdings sei in den Aktenunterlagen nicht ersichtlich, inwieweit ausreichend medikamentöse Behandlungsversuche durchgeführt worden seien und es seien bisher auch keine teilstationären oder stationären Behandlungen erfolgt. Somit seien die therapeutischen Optionen nicht ausgenutzt. Trotz An passungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) und der dissoziativen Störung könne eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer berufli chen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Al lerdings sei die Beschwerdeführerin einem Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar und bedürfe vermehrter Rücksicht und Verständnis. Auf Grund der Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion mit Übergang in eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) und der dissoziativen Störung seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die In teressen, die Motivation, die Anpassungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit gering beeinträchtigt und es liessen sich Ressourcen erheben. Die berichteten und beklagten Beschwerden seien in sich nur teilweise konsis tent und es fänden sich neben der leichten depressiven Störung deutliche Hin weise für eine psychogene Überlagerung mit Tremorsymptomatik und verstärk tem Tremor bei Beobachtung und deutlicher Besserung bei Ablenkung, wobei im Verlauf der Untersuchung die Tremorsymptomatik zunehme und sie werde zum Schluss der Untersuchung nahezu zu einem Ganzkörpertremor (S. 68 f.).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielten die Gutach ter fest, es habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Juni bis Dezember 2014 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) als Küchenhilfe bestanden. Auf Grund der schmerzhaften radikulären L5 Läsion links mit MR-radiologisch nachweislicher Kompromittierung der Nervenwurzel L5 links bestehe seit Januar 2015 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Arbeitsunfähig keit 50 %), zumal primär stehende und gehende und dauerhaft sitzende Tätig keiten mit Bücken sowie körperlich belastende Tätigkeiten nicht mehr vollum fänglich möglich seien (S. 70).

Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Juni bis Dezember 2014 gesamthaft bei voller Stundenprä senz eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) bestanden. Ab Januar 2015 könnten körperlich leichte Tätigkeiten, nicht im Freien bei nass-kalten Temperaturen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne stereotype Bewegungsmuster und ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körper haltungen sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbe lastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkon takte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung gesamthaft bei

voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden (S. 70). 3.5

Im Bericht über die elektrodiagnostische Untersuchung im K.____, Klinik für Neurologie, vom 12. Februar 2016 (Urk. 6/78) hielten Prof. Dr. med. L.____, Leiter Poliklinik, und Assistenzärztin M.____ fest, dass die Beschwerdeführerin von der internen Sprechstunde zur Abklärung des rechts betonten Tremors in den Beinen und MEPs bei lebhaftem Muskeleigenre flexstatus in den Beinen zugewiesen worden sei. In der MEP-Untersuchung zu den Beinen (zu Ungunsten von links) und Armen (zu Ungunsten von rechts) habe eine leichte Seitendiskrepanz hinsichtlich der Latenz bestanden, wobei diese nicht wegweisend sei bei lebhafterem PSR rechts. Zudem sei insgesamt eine normale zentralmotorische Leitungszeit vorgelegen. Die elektromyographische Tremoranalyse der Oberschenkelmuskulatur rechts mittels Oberflächenelektroden zeige einen 7-Hz-Tremor sowohl im Sitzen als auch im Stehen, mit höherer Amplitude im Stehen und gegensätzlicher Aktivierung von A/Antagonisten. Ein Sistieren des Tremors beim Sitzen habe nicht beobachtet werden können. Insgesamt seien diese Befunde hinweisend für einen funktionellen Tremor. Eine Befundbesprechung werde im Rahmen der Sprechstunde für Bewegungsstörungen erfolgen. 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten des Y.____ vom 14. Juli 2015 (E. 3.4) beruht auf den erforderlichen orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen und internistischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt (S. 3, S. 23 ff. , S. 44 ff., S. 58 ff.).

Die Experten legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend (S. 17, S. 36 f., S. 59) und setzten sich mit den geklagten Beschwerden (S. 3, S. 27, S. 48) und dem Verhalten der Beschwerdeführer auseinander (S. 5, S. 10, S. 33, S. 52) . Für die streitigen Belange ist das Gutachten umfassend und beantwortet die Frage nach der Arbeitsfähigkeit.

Die Gutachter zeigten etwa auf, dass die lumbalen Schmerzen und das Ausmass der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit zumindest teilweise auf die im MRI sichtbare Einengung des Neuroforamens L5/S1 links mit möglicher Reizung der Nervenwurzel L5 links bei Status nach Spondylodese L4 bis S1 zurückgeführt werden können. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ergab jedoch eine erhebliche Symptomausweitung (S. 66). Die postoperativ anhaltenden Beschwerden sind in Übereinstimmung mit den der zeitigen fassbaren klinischen Befunden zu bewerten (S. 67). Das präsentierte muskuläre Zittern, welches sich unter Durchführung der klinisch-neurologischen Untersuchung akzentuierte, ist hingegen neurologisch nicht erklärbar (S. 67). Bei der grobschlägigen Tremorsymptomatik an beiden Beinen unterschiedlicher Intensität, verstärkt bei Beobachtung, mit Besserung bei Ablenkung, handelt es sich am ehesten um dissoziative Bewegungsstörungen im Sinne eines psychogenen Tremors (S. 68).

In psychiatrischer Hinsicht wurde eine Dysthymie festgestellt. Bei einer Dysthymie handelt es sich definitionsgemäss um eine leichtgradige gesundheitliche Beeinträchtigung, die grundsätzlich keine (invalidisierende) Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Im Einzelfall kann eine dysthyme Störung, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt, die Arbeitsfähigkeit allerdings erheblich beeinträchtigen. Findet sich im Psychostatus indes nur eine Dysthymie , so kann diese wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein keinem Gesund

heitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_528/2008 vom 22. Oktober 2008 E. 3.2 und E. 3.3 mit Hinweisen). In Anbetracht des Fehlens weiterer ernsthafter psychischer Befunde hat die bei der Beschwerdeführerin bestehenden Dysthymie keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter setzte sich auch mit der abweichenden Diagnose einer mittelgradigen bis leichten depressiven Episode gemäss dem Bericht von Dr. J.____ vom 14. Juni 2013 (Urk. 6/21) auseinander. Er legte dar, dass sich weder anamnestisch noch im Arztbericht eindeutige Symptome erheben liessen. Für die Diagnose einer mittelgradigen bis leichten depressiven Episode bestehen daher keine genügenden Anhaltspunkte. Auch der Tagesablauf der Beschwerdeführerin spricht nicht für eine ernsthafte Erkrankung. Sie steht um circa 8.00 Uhr auf, frühstückt, sitzt oder läuft in der Wohnung herum und macht zusammen mit dem Ehemann den Haushalt. Sie hilft dem Ehemann beim Zubereiten des Mittagessens und hält sich danach entweder in der Wohnung auf oder geht manchmal mit dem Ehemann circa eine Stunde laufen. Dann ist sie wieder zu Hause, sitzt in der Wohnung und sieht fern. Sie nimmt das Abendessen ein, danach Fernsehen und geht gegen 22.00 Uhr ins Bett (S. 12 des psychiatrischen Teilgutachtens). Dies würdigten die Experten entsprechend. 4.2

Angesichts dieser medizinischen Feststellungen leuchtet auch die gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit ein, namentlich dass im Zusammenhang mit der Rückenoperation eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vorlag, nach der Rekonvaleszenz indes ab Januar 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer optimal angepassten und auf die Rückenbeschwerden Rücksicht nehmenden Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit vorliegt. Die Akten lassen keinen Schluss auf die Annahme einer höheren Arbeitsunfähigkeit zu. 4.3

Die Beschwerdeführerin brachte vor, es bestehe eine Form der somatoformen Störung (E. 2.2). Es gibt jedoch keine medizinischen Einschätzungen, welche dies bestätigen würden. Im Gutachten wurde festgehalten, dass die postoperativ anhaltenden schmerzhaften Beschwerden in Übereinstimmung mit den derzeitigen fassbaren klinischen Befunden zu bewerten sind (S. 67) und diese wurden auch entsprechend berücksichtigt. 4.4

Zusammenfassend war die Beschwerdeführerin im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Juni 2014 bis Dezember 2014 100 % arbeitsunfähig in sämtlichen Tätigkeiten. Ab Januar 2015 besteht für die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit und für eine leidensangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin machte geltend, ihre Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar (S. 9 f.), insbesondere im Hinblick auf ihr fortgeschrittenes Alter (54 Jahre). Zur Frage, ob sie angesichts des eher fortgeschrittenen Alters nach all gemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelten und die ihrer verbliebene Leistungsfähigkeit erwerblich verwerten kann, ist Folgendes zu bemerken: 5.2

Rechtsprechungsgemäss ist das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der

Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zu mutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich; vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_272/2014 vom 30. Juli 2014 E. 2. sowie 9C_650/2015 vom 11. August 2016 E. 5.3 je mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_916/2010 vom 20. Juni 2011 E. 2.2) gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten. Gemäss BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. 5.3

Im Zusammenhang mit der Frage, ob eine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwertbar ist, erachtete das Bundesgericht etwa einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil des Bundesgerichts I 376/05 vom 5. August 2005 insbesondere E. 4.2). Bejaht wurde vom Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden unter anderem rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.1 und 4.2). Schliesslich erachtete das Bundesgericht die Chancen eines 60 Jahre alten Versicherten, der für körperlich leichte Arbeiten, die abwechslungsweise sitzend oder stehend ausgeführt werden können, ohne regelmässiges Heben oder Tragen von Gewichten über 10 kg, ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen und ohne regelmässige Kraftanwendung des linken Arms bei voller Stundenpräsenz im Umfang von 80 % arbeitsfähig war, auf eine Anstellung als intakt (Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3).

Verneint wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil des Bundesgerichts I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp

64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Auch erkannte das Bundesgericht bei einem 60 Jahre alten Versicherten, welcher in seiner über 20 Jahre dauernden Tätigkeit als Hotelportier meist mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und behinderungsbedingt nur noch teils stehend, teils sitzend tätig sein konnte, wobei nur noch Gewichte bis 5 kg zumutbar und ihm wegen seiner Krankheit sowohl Schichtdienste als auch das Führen von Fahrzeugen und Maschinen nicht mehr möglich war, er würde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keinen Arbeitgeber mehr finden (Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.3.2). 5.4

Die Beschwerdeführerin ist im Oktober 1962 geboren, im Zeitpunkt der Begutachtung im Juli 2015 war sie knapp 53 Jahre alt. Sie besuchte die Grundschule während acht Jahren und verfügt über keine Berufsausbildung. Sie führte verschiedene Hilfsarbeiten aus und arbeitete zuletzt als Küchenhilfe. 5.5

Im Lichte der dargelegten Grundsätze und insbesondere der relativ hohen Hürden, welche von der Rechtsprechung an eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen gestellt werden (vgl. E. 5.2-5.3), ist nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Zugang zu dem als ausgeglichen und terstellten Arbeitsmarkt auf Grund ihres eher fortgeschrittenen Alters gänzlich unmöglich ist. Der Beschwerdeführer in, welche r gemäss der Beurteilung der Gutachter körperlich leichte Tätigkeiten, nicht im Freien bei nass-kalten Temperaturen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne stereotype Bewegungsmuster und ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung im Umfang eines Vollpensums zu mutbar sind, steht trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen ein ver gleichsweise breites Spektrum möglicher Hilfstätigkeiten offen.

Solche Hilfsarbeiten sind auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt in genügen der Anzahl vorhanden und werden grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Die IV-Stelle hat für das Jahr 2015 ein Valideneinkommen von Fr. 61'798.80 (unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung; das Jahreseinkommen als Küchenhilfe im Jahr 2012 betrug Fr. 60'160.--) angenommen. Für das Invalideneinkommen zog die IV-Stelle die Tabelle der LSE TA 1 Ziff. 1-96, zitiert aus LSE 2012 Kompetenzniveau 1 für Frauen heran. Der Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert, Frauen) für das Jahr 2015 betrug Fr. 4'112.-- und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit, Bundesamt für Statistik, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) sowie der Lohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (von Index 102.0 auf Index 104.1; Nominalindex Frauen 2011-2016, Bundesamt für Statistik, Tabelle T.1.2.10) Fr. 52'500.-- pro Jahr. Die IV-Stelle berücksichtigte aufgrund des eingeschränkten Belastungsprofils (körperlich leichte Tätigkeiten, keine ab mittel schweren einseitig belastenden stereotypen Bewegungsmuster, nicht im Freien bei nasskalten Temperaturen und unter Berücksichtigung psychischer Einschränkungen: keine erforderliche erhöhte geistige Flexibilität sowie keine vermehrten Kundenkontakte) einen Abzug von 10 %. Aus dem Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 61'799.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 47'250.-- (90 % von Fr. 52'500.--) resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 14'549.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 24 %.

Diesem Vorgehen zur Berechnung des Invaliditätsgrades, welches nicht bestritten wurde, kann beigeplichtet werden. Auch scheint der Leidensabzug von 10 % in Anbetracht der Einschränkungen angemessen. Der rentenausschliessende Invaliditätsgrad führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr.

E. 8

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Gabriela Gwerder - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GräubE. Stocker

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