

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00693 vom 28. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00693

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00693 du 28 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00693 del 28 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1962 geborene X.____, Vater vierer in den Jahren 1991, 1993, 1995 und 1999 geborener Kinder, war als Hilfsarbeiter in diversen Branchen tätig und arbeitete zuletzt bis am 29. Juli 2014 als Bauhilfsarbeiter mit einem Beschäftigungsgrad von 100 % (Urk. 10/7/1). Am 16. November 2015 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf einen am 29. Juli 2014 erlittenen Unfall bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/5). Zur Abklärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 10/10), einen Bericht des Hausarztes, Dr. A.____, Praktischer Arzt (undatiert, Eingang bei der IV-Stelle am 1. Februar 2016, unter Beilage des Berichtes von Dr. B.____, FMH Chirurgie, vom 2. September 2015 [Urk. 6/15; vgl. auch Urk. 6/22-23]) sowie die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 10/7, Urk. 10/12, Urk. 10/16). Alsdann teilte sie dem Versicherten am 8. Juli 2016 mit, dass eine polydisziplinäre Untersuchung (Allgemeine / Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie) notwendig sei (Urk. 10/27). Die Untersuchungen fanden am 26. und 30. September 2016 sowie am 4. Oktober 2016 im Zentrum C.____ statt (Urk. 10/34).

Das

Zentrum C.____ erstattete sein Gutachten am 15. November 2016 (Urk. 10/36). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 4. April 2017, Urk. 10/38; Stellungnahme von Dr. A.____ vom 24. April 2017, Urk. 10/39; Einwand der Sozialen Dienste der Stadt D.____ vom 27. April 2017, Urk. 10/41; Rückzug desselben vom 22. Mai 2017, Urk. 10/46) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 29. Mai 2017 (Urk. 2 = Urk. 10/47).

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. 1.2.1

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 zumutbar 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).

E. 1.2.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens bleibt jedoch dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein

Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1) .

E. 1.3

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 aus geglichener 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).

E. 1.4

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. 1.5

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. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 16. Juni 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad sei objektiv und aufgrund der medizinischen Untersuchung festzulegen (Urk. 1). Mit Verfügung vom 21. Juni 2017 wurde der Versicherte aufgefordert, dem Gericht den angefochtenen Entscheid einzureichen (Urk. 4). Mit Eingabe vom 29. Juni 2017 (Datum Poststempel)

reichte der Versicherte aufforderungsgemäss den angefochtenen Entscheid ein (Urk. 6 und Urk. 2). Seiner Eingabe legte er die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 24. April 2017 (Urk. 7/1 = Urk. 10/39) sowie einen Bericht von E.____ vom 23. Juni 2017 (Urk. 7/2) bei.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 11. September 2017 angezeigt wurde (Urk. 11).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist in erster Linie, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 2.2

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, die medizinischen Abklärungen hätten gezeigt, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 29. Juli 2014 arbeitsunfähig gewesen sei. Bereits vier Wochen nach dem Unfallereignis – und damit vor Ablauf der einjährigen Wartefrist – sei er, unter Berücksichtigung der körperlichen Belastung, jedoch wieder vollumfänglich erwerbsfähig gewesen, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, seine aktuelle gesundheitliche Lage werde von der Beschwerdegegnerin willkürlich als völlig in Ordnung bezeichnet. So habe sich seine gesundheitliche Lage nach dem Unfall nie dermassen verbessert, dass er wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei. Zudem sei seine psychische Gesundheit stark angeschlagen. Die physische und psychische Beeinträchtigung sei optisch ganz deutlich, was jede objektive medizinische Untersuchung ohne weiteres bestätigen könnte (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die medizinische Aktenlage betreffend den Zeitraum vor der Begutachtung wurde im polydisziplinären Gutachten des Zentrums C.____ vom 15. November 2016 zitiert (Urk. 10/36/3-4). Auf die betreffenden Ausführungen wird verwiesen.

Gestützt auf die Untersuchungen in den einzelnen Fachgebieten stellten die C.____-Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/36/5): - Körperliche Dekonditionierung mit reduzierter Muskulatur bei Untergewicht (BMI 18.6 kg/m²)

Zudem wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 10/36/5): - Ausgeprägter posttraumatischer Hochstand des lateralen Claviculaendes bei straffer Pseudarthrose nach lateraler Fraktur der rechten Clavikula 1986 - Geringgradige Bewegungseinschränkung rechtes Schultergelenk ohne hinderungsrelevantes Korrelat - Senk-Spreiz-Platffuss mit Metatarsalgie II rechts und Metatarsalgie IV links bei Dornwarzen - Chronische Bronchitis bei jahrelangem Nikotinabusus

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Gesamtbeurteilung wiesen die C.____-Gutachter darauf hin, dass der Versicherte seit einer Prellung am 29. Juli 2014 mit Quetschung der Unterarmweichteile Schwellungen der rechten Unterarm-Unterseite und des rechten Handrückens beschreibe. Bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung sei der Befund des rechten Unterarmes voll kommen unauffällig gewesen. Bis auf eine Druckschmerzangabe in Projektion auf den Gelenkspalt des frei beweglichen rechten Ellenbogengelenkes habe sich auch hier kein pathologischer Befund gezeigt. Die demonstrierte mässige konzentrisch eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes stehe mit dem restlichen unauffälligen klinischen und radiologischen Befund nicht in Übereinstimmung. Insbesondere spreche die im Seitenvergleich kräftiger ausgebildete Muskulatur des rechten Ober- und Unterarmes gegen eine schmerzbedingte Schwellung. Auffällig sei der ausgeprägte Hochstand des rechten lateralen Claviculaendes, der seit dem Verkehrsunfall im Jahre 1986 bestehe, gewesen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten ergebe sich aus diesem Befund jedoch nicht, dies belege auch die uneingeschränkte posttraumatische Arbeitsfähigkeit des Versicherten bis Juli 2014. Die angegebenen Schmerzen im Bereich des Nackens und des Hinterkopfes bei Nervosität liessen sich von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehen. Bis auf Druckschmerzangaben in Höhe des zervikothorakalen Überganges und des 2./3. Halswirbelkörpers sei der Befund der frei beweglichen Halswirbelsäule unauffällig ohne Hinweise für das Vorliegen von Reizungen zervikaler Nervenwurzeln gewesen. Die vom Versicherten angegebenen Schmerzen und kalten Unterschenkel beidseits, die nach der Einnahme von Ponstan rückläufig seien, seien von orthopädisch-traumatologischer Seite keinem Krankheitsbild zuzuordnen. Bei regelrechtem unauffälligem Befund der Lendenwirbelsäule, des Beckens und beider unterer Extremitäten sowie beidseits tastbaren Pulsen der Arteria poplitea, Arteria tibialis posterior und Arteria dorsalis pedis habe kein Anhalt für das Vorliegen einer pathologischen somatischen Ursache für diese Beschwerden bestanden. Auffällig seien von orthopädisch-traumatologischer Seite lediglich das deutlich verminderte Körpergewicht und die reduzierte Muskulatur des Versicherten, die eine derzeitige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten für körperlich schwere Tätigkeiten bedingen, gewesen (Urk. 10/36/5-6).

Auf internistischem Fachgebiet sei allenfalls die chronische Bronchitis bei jahrelangem Nikotinabusus erwähnenswert. Inwieweit eine COPD vorliege, könne angesichts fehlender Spirometrie nicht beurteilt werden. Die bestehende chronische Bronchitis beeinflusse die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht, so dass zusammenfassend aus rein internistischer Sicht für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Hilfsarbeiter eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 10/36/6).

Bei der neurologischen Untersuchung habe der Versicherte berichtet, dass es immer wieder zu Schmerzen und Schwellungen im Bereich des Unterarms und der Hand kommen würde, insbesondere bei Belastungen. Aktuell sei der Versicherte schmerzfrei gewesen, eine Schwellung im Bereich des Unterarms und der rechten Hand habe nicht bestanden. Die weiterführende, ausführliche neurologische Untersuchung habe ebenfalls keine Hinweise für eine zentrale oder periphere Nervenschädigung ergeben. Die Muskelkraft sei seitengleich an den Armen vorhanden gewesen, es hätten sich keine motorischen Ausfälle, keine Atrophien oder Muskeltonusveränderungen gezeigt, die Reflexe seien seitengleich lebhaft auslösbar gewesen. Der Versicherte habe eine Sensibilitätsminderung im Bereich des rechten Unterarmes und auch teilweise des rechten Beines angegeben. Die Angaben

seien jedoch fluktuierend und nicht reproduzierbar gewesen. Eine Taubheit könne aber sicher ausgeschlossen werden. Differenzialdiagnostisch könnte man aufgrund der Art des Traumas an ein Kiloh-Nevin-Syndrom denken (Nervus interosseus anterior), die daraufhin durchgeführten Tests (O-Zeichen) seien jedoch negativ gewesen, es hätten sich keine Hinweise für eine Schädigung dieses Nervs ergeben. Die umschriebene Atrophie des Musculus supraspinatus rechts bestehe als Folge einer früheren Verletzung an der Schulter. Ein funktionell bedeutsamer Ausfall bestehe dadurch nicht. Die Arbeitsfähigkeit sei im Fachgebiet Neurologie nicht eingeschränkt (Urk. 10/36/6).

Hinweise für eine schwere psychische Erkrankung hätten sich während der Exploration nicht ergeben. Das heutige psychopathologische Bild zeige lediglich Anzeichen einer leichten Nervosität und psychomotorischen Unruhe. Schwerwiegende psychiatrische Symptome, die auf eine schwere psychische Störung oder auf eine schwere Persönlichkeitsstörung hinweisen würden, würden sich nicht eruieren lassen. Biographische Hinweise für das Vorhandensein einer Somatisierungsstörung würden sich ebenfalls nicht eruieren lassen. Der Versicherte sei während der Untersuchung sehr demonstrativ gewesen und habe Tendenzen gezeigt, seine Unruhe beziehungsweise seine Beziehungsproblematik zu seiner Frau überdeutlich darzustellen. Hier seien Aggravationstendenzen erkennbar gewesen. Das Aktivitätenniveau des Versicherten sei in keinem Bereich eingeschränkt gewesen. Es bestehe auch keine soziale Isolierung. Vor diesem Hintergrund bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder für die angestammte noch für eine leidensadaptierte Tätigkeit (Urk. 10/36/6-7).

Zusammengefasst bestehe aufgrund der körperlichen Dekonditionierung des Versicherten mit reduzierter Muskulatur bei Untergewicht (BMI 18.6 kg/m²) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 100 % (Urk. 10/36/7).

Das zusammenfassende Belastungs- und Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens laute: körperlich mittelschwere Tätigkeiten ohne erhöhten Zeitdruck beziehungsweise hohes Anforderungsprofil bei reduzierter Stresstoleranz (Urk. 10/36/7).

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im polydisziplinären Konsens betrage 0 % für körperlich schwere Tätigkeiten. Weder aus den Akten noch den Angaben des Versicherten könne das genaue Tätigkeitsprofil als Hilfsarbeiter auf dem Bau und der Anteil der körperlich schweren Tätigkeiten eruiert werden. In einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Konsens 100 % (Urk. 10/36/7).

Für körperlich schwere Tätigkeiten, sofern die Tätigkeiten des Versicherten auf dem Bau dem entsprechen, bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten aufgrund der körperlichen Konstitution und reduzierten Muskulatur. Seit wann dieses Gewicht und der aktuelle Muskelstatus in diesem Ausmass bestünden, sei den vorhandenen Akten nicht zu entnehmen (Urk. 10/36/8).

In der Unfallmeldung vom 1. November 2014 werde lediglich eine Schwellung, ein Hämatom und eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei fehlender knöcherner Verletzung aufgeführt. Somit sei etwa vier Wochen nach der Quetschung des rechten Unterarmes vom Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen (Urk. 10/36/8).

Die Prognose sei aufgrund der Invalidisierungsüberzeugung des Versicherten ungünstig, jedoch nicht aus psychiatrischen Gründen. Ein regelmässiges selbständiges körperliches Training zur Verbesserung der muskulären Situation werde dringend empfohlen (Urk. 10/36/8).

E. 3.2

Hausarzt Dr. A.____ führte in der Stellungnahme vom 24. April 2017 zum Vorbescheid vom 4. April 2017 (Urk. 10/38) aus, der Versicherte leide unter einer schweren psychiatrischen Erkrankung mit der Diagnose F20 mit anhaltenden Wahnvorstellungen und paranoiden Gedankeninhalten. Dadurch sei der Versicherte für jede Tätigkeit (also auch für leichte körperliche Belastungen) nicht mehr einsatzfähig. Er empfehle deshalb dringend, vor einer definitiven Entscheidung ein neues fachpsychiatrisches Consilium diesbezüglich zu organisieren (Urk. 10/39).

E. 3.3

E.____ diagnostizierte im vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht an Dr. A.____

vom 23. Juni 2017 eine sonstige anhaltende wahnhaftige Störung (F22.8) sowie Tabakabhängigkeit. Der Patient habe sich mit folgenden Symptomen beim Erstgespräch vom 23. Mai 2017 vorgestellt: wahnhaftige Überzeugung, dass am rechten Auge Tränen fließen, subjektiv Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, affektlabil, reizbar, misstrauisch, Hinweise auf Beeinträchtigungswahn (ungerechte Behandlung am Supermarkt, in Geschäften, durch IV etc.), Ein- und Durchschlafstörungen, innere Unruhe, (induziertes) Zittern des rechten Beines, eingengtes Denken (rund um seinen schlechten Gesundheitszustand und seine Arbeitsunfähigkeit), Agitiertheit, Antrieb und Psychomotorik gesteigert. Bei der 2. Konsultation habe der Patient berichtet, dass er ab und zu unter Akosmen und Stimmenhören leide, eine anti-psychotische Medikation mit Olanzapin 5mg 1-0-1-0 sei aus diesem Grund ein gestellt worden. Bei der 3. Konsultation habe der Versicherte berichtet, dass er zwar unter der Medikation mit Olanzapin keine Stimmen mehr höre und stabiler sei, jedoch unter Erektionsstörungen leide. Aus diesem Grund habe er Olanzapin nicht mehr regelmässig genommen, sondern nur noch bei Bedarf. Die Diagnosekriterien für eine paranoide Schizophrenie würden beim Versicherten nicht ausreichen, auch passe der Krankheitsverlauf nicht

dazu. Der Versicherte berichte erst seit einigen Jahren über diese Symptome und diese seien relativ unspezifisch und undifferenziert. Auch sei die Medikamentencompliance eher nicht gegeben, da er unter unerwünschten Nebenwirkungen (Erektionsstörung) unter der Medikation leide und es daher nur zu einer unregelmässigen Einnahme komme. Der Versicherte sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, selbst wenn die Diagnose am ehesten einem Querulantenwahn entspreche. Um eine organische Ursache für die Symptome des Patienten sicher auszuschliessen, wäre allen falls noch eine Bildgebung (Neurocranium) indiziert (Urk. 7/2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der körperlichen Belastung bereits vier Wochen nach dem Unfall vom 29. Juli 2014 wieder vollumfänglich arbeitsfähig gewesen sei, auf das polydisziplinäre Gutachten des C.____ vom 15. November 2016 (Urk. 2). Der Beschwerdeführer stellt sich gegen die Objektivität und damit sinngemäss gegen die Beweiskraft dieses Gutachtens (Urk. 1). 4.2

Das polydisziplinäre Gutachten des

C.____ vom 15. November 2016 (Urk. 10/ 36) beruht auf den erforderlichen sorgfältigen und allseitigen Untersuchungen (Urk. 10/36/19-21, Urk. 10/36/25-27, Urk. 10/36/31, Urk. 10/36/37-38 und Urk. 10/36/44-45) , wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (Urk. 10/36/3-5) , berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (Urk. 10/36/16-18, Urk. 10/36/29, Urk. 10/36/35 und Urk. 10/36/42-43) . Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das C.____-Gutachten erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6). 4.3 4.3.1

In somatischer Hinsicht wurde ausser einer körperlichen Dekonditionierung mit reduzierter Muskulatur bei Untergewicht keine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigende Diagnose gestellt (Urk. 10/36/5). Diese Beurteilung vermag aufgrund der erhobenen somatischen Befunde zu überzeugen. Dies gilt umso mehr, als Dr. B.____ in seinem Bericht an Dr. A.____ vom 2. September 2015 ebenfalls festgehalten hatte, dass er die Beschwerden in der Muskulatur des rechten Unterarms keine r speziellen Ursache zuordnen könne ; er sehe sie am ehesten im Rahmen einer muskulären Dysbalance als mögliche Spätfolge nach fehlverheilte lateraler Claviculafraktur (Urk. 10/15/6) . 4.3.2

Der bei der Beschwerdegegnerin am 1. Februar 2016 eingegangene Bericht von Dr. A.____ (Urk. 10/15 /1-5) sowie dessen Stellungnahme vom 24. April 2017 (Urk. 7/2) enthalten keine Angaben, welche Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufkommen liessen . Insbesondere hat er dar in keine objektiven somatischen Befunde erhoben, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht zu begründen vermöchten. 4.3.3

Anzumerken ist jedoch , dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine – einem Training zugängliche (vgl. Urk. 10/36 /

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

, Urk. 10/36 /23; vgl. auch Urk. 10/ 15/6) – Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 4.2 mit Hinweis). Mithin ist aus rechtlicher Sicht davon auszugehen, dass keine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. aber E. 5). 4.4 4.4.1

Der psychiatrische Gutachter machte im psychiatrischen Teilgutachten vom 4. Oktober 2016 detaillierte Angaben zur Anamnese, zu den vom Beschwerdeführer aktuell geklagten Beschwerden sowie zu den anlässlich der psychiatrischen Exploration erhobenen psychischen Befunde (Urk. 6/10/42-45). Zudem äusserte er sich auch zu den für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.2.2), wobei er feststellte, dass das Aktivitätenniveau des

Beschwerdeführers in keinem Bereich eingeschränkt sei und auch keine soziale Isolierung bestehe (Urk. 10/36/46-47). Er gelangte zum Schluss, dass weder eine psychiatrische Diagnose mit noch eine solche ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) gestellt werden könne und aus psychiatrischer Sicht keine (quantitative) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weder für die angestammte noch für eine leidensadaptierte Tätigkeit bestehe (Urk. 10/36/46).

Diese Beurteilung erscheint aufgrund der – weitestgehend unauffälligen – objektiven Befunde wie auch aufgrund der gutachterlichen Feststellungen zu den Standardindikatoren überzeugend.

Soweit der psychiatrische Gutachter im Weiteren unter Hinweis auf eine reduzierte Stresstoleranz das Belastungsprofil einschränkte (Urk. 10/36/48), kann ihm hingegen aus rechtlicher Sicht – mangels einer die reduzierte Stresstoleranz erklärenden psychiatrischen Diagnose (vgl. E. 1.2.1) – nicht gefolgt werden (vgl. aber E. 5). 4.4.2

Der Beschwerdeführer beruft sich zur Begründung seines Standpunktes, wonach seine psychische Gesundheit stark angeschlagen sei (Urk. 1), auf die Stellungnahme von Dr. A.____

vom 24. April 2017 und den Bericht von E.____ vom 23. Juni 2017 (Urk. 7/1-2; vgl. E. 3.2 und E. 3.3). In beiden Berichten wurde dem Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine Diagnose gemäss ICD-10 F20 resp. ICD-10 F22.8 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. 4.4.3

Dazu ist vorab festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektive – Interpretation ent springende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder unge würdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_874/2017 vom 23. Mai 2018 E. 5.2.2).

4.4.4

Der besagten Stellungnahme von Dr. A.____ (Urk. 7/1) ist lediglich zu entnehmen, dass er vom Vorliegen einer schweren psychiatrischen Erkrankung mit der Diagnose F20 mit anhaltenden Wahnvorstellungen und paranoiden Gedankeninhalten ausgeht und den Beschwerdeführer deswegen für nicht mehr einsatzfähig hält. Eine Erklärung für diese – von E.____ im Übrigen nicht bestätigte (Urk. 7/2) – Diagnose sowie die angeblich dadurch bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit lieferte Dr. A.____ nicht. Ausserdem verfügt er über keinen Facharztstitel für Psychiatrie und ist daher ohnehin nicht berufen, den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. 4.4.5

Zum Bericht von E.____ vom 23. Juni 2017 (Urk. 7/2) ist vorab zu bemerken, dass sie diesen zwar erst nach Erlass der – rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis bildenden (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung vom 29. Mai 2017 verfasst hat. Die darin gemachten Feststellungen beziehen sich jedoch unter

anderem auf eine (kurz) vorher durchgeführte Untersuchung, weshalb sie allenfalls Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situationen erlauben und daher grundsätzlich in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2016 vom 26. Januar 2017 E. 4.2 mit Hinweisen).

E.____ führte unter dem Titel «Diagnose» – nebst einer Tabakabhängigkeit – sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen (F22.8) an. Im Weiteren legte sie zwar dar, dass und weshalb die Diagnosekriterien für eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) nicht ausreichen. Eine – nachvollziehbare – Herleitung der von ihr selbst diagnostizierten «sonstigen anhaltenden wahnhaften Störungen» nahm sie jedoch nicht vor. Vielmehr beschränkte sie sich auf die Bemerkung, dass diese Diagnose «am ehesten» einem Querulantenwahn entspreche.

Wie eingangs dargelegt (E. 1.2.2), besteht selbst zwischen gesicherter ärztlicher Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation. Entscheidend ist vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung (BGE 143 V 418 E. 6). Zu dieser Frage hat sich E.____ indessen nicht geäußert. Sie hat lediglich konstatiert, dass der Beschwerdeführer bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei, «selbst wenn die Diagnose am ehesten einem Querulantenwahn entspreche».

Auch sonst finden sich in ihrem Bericht keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass im relevanten Zeitraum zwischen dem frühest möglichen Rentenbeginn (1. Mai 2016, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; Urk. 10/5) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2017 eine relevante (erhebliche und dauerhafte gesundheitsbedingte; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6) Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden haben könnte. Wohl wurden darin – nebst bereits im psychiatrischen Teilgutachten thematisierten Beschwerden und Befunden (subjektive Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, Reizbarkeit, innere Unruhe, gesteigerte Psychomotorik, Erektionsstörungen [Urk. 10/36/42-46]) – auch Symptome aufgeführt, welche der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern des C.____ nicht geäußert hatte resp. von diesen nicht beobachtet worden waren (wahnhaftige Überzeugung, dass am rechten Auge Tränen fließen, Affekt labilität, Misstrauen, Hinweise auf Beeinträchtigungswahn [ungerechtfertigte Behandlung am Supermarkt, in Geschäften, durch die IV etc.], Ein- und Durchschlafstörungen, ab und zu auftretende Akoasmen und Stimmenhören [Urk. 7/2 S. 1]). Es fällt indessen auf, dass der Beschwerdeführer E.____ erstmals nach Erlass des Vorbescheides vom 4. April 2017 (Urk. 10/38) aufgesucht hat. Vor Erlass des Vorbescheides hatte keiner der mit dem Beschwerdeführer befassten Arztpersonen, namentlich auch nicht der langjährige Hausarzt Dr. A.____ (vgl. Urk. 10/15), davon berichtet, dass der Beschwerdeführer über wahnhaftige Symptome geklagt habe oder ihnen wahnhaft anmutende Verhaltensweisen auf gefallen seien. Dies wäre aber bei Vorliegen von erheblichen anhaltenden wahnhaften Störungen zu erwarten gewesen. Dem psychiatrischen Gutachter war auf grund der Angaben des Beschwerdeführers bekannt, dass sich dieser im Jahr 2013 einer psychiatrischen Behandlung unterzog und eine (Bedarfs-)Behandlung mit Truxal stattfand (Urk. 10/36/43). Er stellte indessen ausdrücklich fest, dass beim Beschwerdeführer namentlich auch ein Wahn oder psychotisches Denken nicht fassbar sei (Urk. 10/36/42). Sodann legte er insbesondere auch dar, dass das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers in keinem Bereich eingeschränkt sei und keine soziale Isolierung bestehe (Urk. 10/36/46). Es ist daher nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer bis zur Begutachtung durch eine allfällige wahnhaftige Störung massgeblich beeinträchtigt gewesen sein könnte. Vor diesem Hintergrund besteht Grund

zur Annahme, dass die laut E.____ vom Beschwerdeführer anlässlich des Erstgespräches vom 23. Mai 2017 teilweise neu gezeigten Symptome auf die mit dem Vorbescheid vom 4. April 2017 in Aussicht gestellte und am 29. Mai 2017 verfügte – vom Beschwerdeführer aufgrund seiner subjektiven Invaliditätsüberzeugung (vgl. Urk. 10/36/48) als falsch resp. unge recht empfundene – Abweisung seines Leistungsbegehrens zurückzuführen sind. Eine durch einen negativen Bescheid der Invalidenversicherung ausgelöste Verschlimmerung des psychischen Zustandsbildes ist aber rechtlich unbeachtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_953/2012 vom 5. Mai 2013 E. 3.1).

Schliesslich ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer offenbar unter der von E.____ verordneten Medikation mit Olanzapin keine Stimmen mehr hörte und stabiler war, jedoch unter Erektionsstörungen litt, weswegen er das Olanzapin nicht mehr regelmässig, sondern nur noch bei Bedarf einnahm; ebenso hatte, wenn überhaupt (vgl. Urk. 10/36/43), auch im Zeitpunkt der Begutachtung nur eine Bedarfsmedikation mit Truxal bestanden (vgl. Urk. 10/36/17, Urk. 10/36/29 und Urk. 10/36/35). Dies lässt aber nicht darauf schliessen, dass sich der psychische Leidensdruck des Beschwerdeführers nach der Begutachtung anhaltend erhöht haben könnte. Im Übrigen ist nach der Rechtsprechung die fort gesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumut bare Form allgemeiner Schadenminderung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_10/2018 vom 24. Mai 2018 E. 5.3.2). 4.4.6

Nach dem Gesagten enthalten die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 24. April 2017 und der Bericht von E.____ und 23. Juni 2017 keine Angaben, welche Zweifel an der – im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommenen – Beurteilung des psychiatrischen Gutachters aufkommen liessen. Von zusätzlichen medizinischen Abklärungen sind – entgegen der Auffassung von Dr. A.____ (Urk. 7/10) – keine neuen entscheid wesentlichen Aufschlüsse hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Beurteilungszeit raum zu erwarten, weshalb auf weitere Erhebungen verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3). 5.

5.1

Wie dargelegt, ist aus rechtlicher Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit auszugehen (vgl. E. 4.3.3 und E. 4.4.1) und könnte daher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers an sich ohne weiteres verneint werden. Aufgrund der nachfolgenden Ausführungen resultiert aber auch dann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, wenn auf die gutachterliche Beurteilung vollumfänglich abgestellt und dementsprechend angenommen wird, dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte bis mittel schwere Tätigkeiten ohne erhöhten Zeitdruck und ohne erhöhtes Anforderungsprofil (zu 100 %) zumutbar sind. 5.5.2

Gemäss Aktenlage verfügt der Beschwerdeführer über keine Ausbildung (Urk. 10/36/36 und Urk. 10/36/51). Er übte über Jahre hinweg diverse Hilfsarbeiten und Tätigkeiten aus. Dazwischen bezog er immer wieder Arbeitslosenentschädigung. Im Zeitpunkt des Unfalls vom 29. Juli 2014 war er via Arbeitsintegration zu 100 % als Bauhilfsarbeiter tätig, wobei er dort ein vergleichsweise tiefes Einkommen (im Februar 2014: Fr. 2'200.--) erzielte (Urk. 10/10, Urk. 10/36/18 und Urk. 3/2). Nach dem Unfall nahm er keine ihm an sich zumutbare Tätigkeit mehr auf (Urk. 10/36/18). 5.5.3

Der für die Invaliditätsbemessung massgebende ausgeglichene Arbeitsmarkt (vgl. 1.3) hält von seiner Struktur her einen Fächer verschiedener Stellen offen, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1 und 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen). Die dem Beschwerdeführer offenstehenden zumutbaren Tätigkeiten unterliegen nicht so vielen Einschränkungen, dass eine Anstellung als nicht mehr realistisch zu bezeichnen wäre. Auch das Alter (rund 55 Jahre im massgebenden Zeitpunkt der Begutachtung) schliesst die Verwertbarkeit der gutachterlich attestierten Restarbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit nicht aus. 5.5.4

Angesichts der fehlenden Ausbildung des Beschwerdeführers und seiner bisherigen Tätigkeiten ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohnes der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2014, TA1, Total, Kompetenzniveau 1, zu berechnen. Dieser betrug Fr. 5'312.-- und liegt damit deutlich über den vom Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug in den letzten Jahren erzielten monatlichen Einkünften (Urk. 10/10). Wird gleichwohl – zugunsten des Beschwerdeführers – auch das Valideneinkommen aufgrund des genannten Tabellenlohnes berechnet, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2016 vom 27. Januar 2017 E. 4.1 mit Hinweis). Da ein allfälliger Abzug vom Tabellenlohn (zu den Abzugsgründen vgl. BGE 126 V 75 E. 5b/aa) nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes 25 % nicht übersteigen darf (BGE 135 V 279 E. 5.2 und BGE 126 V 75 E. 5b/bb -cc), kann sich bei 100%iger Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein Invaliditätsgrad von maximal 25 % ergeben und resultiert demnach jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

6.

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es dem Beschwerdeführer bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, einer renten ausschliessenden Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin demnach einen Rentenanspruch zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Bundesge

setzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKübler

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