

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00983 vom 8. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00983

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00983 du 8 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00983 del 8 marzo 2019

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 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

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V

198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 2.

E. 1.3

In der Folge erteilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 14. Mai 2014 Kostengutsprache für eine Potenzialabklärung bei der D.____ (Urk. 7/124), welche dieser am 11. Juni 2014 vorzeitig abbrach (vgl. Abschlussbericht vom 24. Juni 2014, Urk. 7/130). Mit Mitteilung vom 4. Juli 2014 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab, da eine solche gemäss den Aussagen des Versicherten und dem Bericht der D.____ nicht möglich sei (Urk. 7/131). Mit Verfügung vom 6. November 2014 hob die IV-Stelle die Rente des Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 24 % per Ende Dezember 2014 erneut auf (Urk. 7/147). Die dagegen vom Versicherten am 5. Dezember 2014 erhobene Beschwerde (Urk. 7/148) wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2014.01291

vom

E. 1.4

Am 13. April 2017 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/160 -161) und reichte diverse Arztberichte (Urk. 7/159) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 21. April 2017, Urk. 7/164, und Einwand des Versicherten vom 19. Mai 2017, Urk. 7/168; vgl. auch Arztbericht von Dr. med. E.____, FMH praktischer Arzt, vom 17. Mai 2017, Urk. 7/167) trat die IV-Stelle auf das

neue Leistungsbegehren mit Verfügung vom 9. August 2017 (Urk. 2) nicht ein. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 14. September 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten bzw. anzuweisen, auf sein Leistungsbegehren vom 10. April 2017 einzutreten. Die Sache sei daher an die Beschwerdegegnerin zu rückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen treffe und danach neu verfüge (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde. Eventualiter sei der angefochtene Nichteintretensentscheid aufzuheben und der Anspruch auf IV-Leistungen abzulehnen (Urk. 6). Die Beschwerdeantwort wurde dem Beschwerdeführer am 20. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). 3.

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

E. 2

9. März 2016 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass die ganze IV-Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 6. November 2014 eingestellt worden sei, was vom Bundesgericht letztinstanzlich bestätigt worden sei. Am 13. April 2017 habe die Beschwerdegegnerin ein neues Gesuch des Beschwerdeführers

erhalten. Aufgrund der eingereichten medizinischen Unterlagen, insbesondere der Berichte der F.____ vom 13. März 2017 und von Dr. E.____ vom 17. Mai 2017, sei jedoch nicht von einer wesentlichen Verschlechterung der medizinischen Situation seit Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. November 2014 auszugehen. Auf das neue Gesuch werde deshalb nicht eingetreten (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass sich aus den eingereichten Berichten der F.____, des

G.____ und von Dr. E.____ eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands ergebe. Dem Bericht von Dr. E.____ vom 17. Mai 2017 sei zu entnehmen, dass sich eine zunehmende Schädigung der Nervenbahnen zeige. Er leide nicht nur unter anhaltenden Schmerzen, sondern auch an einer zunehmenden Bewegungseinschränkung und Kraftverminderung der linken Halbsseite und des Armes links seitig. Innerhalb des letzten Jahres habe sich die Situation bezüglich des Bewegungsapparates deutlich verschlechtert. Im Bericht vom 7. September 2017 habe Dr. E.____ zudem erwähnt, dass konsekutiv von einer

Verschlechterung der Myelonqualität auszugehen sei, welche einen unwiderruflichen Schaden hinter lasse. Es würden somit genügend Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der Verfügung vom 6. November 2014 erheblich verschlechtert habe (Urk. 1 S. 4 f.). 3. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuankündigung vom 13. April 2017 (Urk. 7/160) nicht eingetreten ist. Dabei stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der Verfügung vom 6. November 2014 (Urk. 7/147), deren Rechtmässigkeit das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2014.01291 vom 29. März 2016 (Urk. 7/152) und das Bundesgericht mit Urteil 8C_324/2016 vom 25. Juli 2016 (Urk. 7/156) bestätigt haben , erheblich verschlechtert hat. 3.2

3.2.1

Das Sozialversicherungsgericht ging im Urteil IV.2014.01291 vom 29. März 2016 E. 3.4 (Urk. 7/152)

davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungs angepassten Tätigkeit seit Oktober 2012 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei . Diesem Entscheid lagen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen zugrunde: 3.2.2

Die Ärzte des C.____ stellten im polydisziplinären Gutachten vom 25. Februar 2013 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/96 /23-24): (1) chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch beginnende Osteochondrose , ventrale Spondylose und Retrospondylose C4-C6 (2) chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-

E. 7

/155) wies das Bundesgericht mit Urteil 8C_324/2016 vom 25. Juli 2016 (Urk. 7/156) ab.

E. 10

M54.5) - myostatische Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären

Überlastungsreaktionen - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch beginnende Osteochondrose L5/S1 - Spondylosis

hyperostotika (3) Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3) - links akzentuiert (4) Tinnitus links (ICD-10 H93.1) - aktuell kompensiert (5) Verdacht auf Hörschwindel (ICD-10 H82)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte des C.____ (Urk. 7/96 /24): (1) Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) (2) generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - klinisch, labortechnisch und radiologisch keine Hinweise für entzündlich rheumatisches Geschehen (3) metabolisches Syndrom - Adipositas (30 kg/m²; ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) • medikamentös behandelt - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.9) • unter medikamentöser Behandlung kompensiert (4)

fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 35 py ; ICD-10 F17.1)

Die Ärzte des C.____ erklärten, dass der Beschwerdeführer für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig sei. Vermieden werden

sollten eine Lärmbelastung, höhere Anforderungen ans Gehör sowie eine Absturzgefährdung. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Hilfsmaler wie auch andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar (Urk. 7/96 /27). 3.2.3

Dr. med. H.____ , FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin , von der I.____

stellte im an Dr. med. J.____ , FMH Allgemeinmedizin, gerichteten Bericht vom 7. Oktober 2013 in rheumatologischer Hinsicht folgende Diagnosen (Urk. 7/148/22): (1) zervikoradikuläres Reizsyndrom C4/5 und C5/6 beidseits bei - paramedian linksbetonter Diskushernie C4/5 und Spinalkanaleinengung C4/5 und C5/6 mit Foraminalstenosen C5/6 beidseits (2) chronisches Lumbovertebralsyndrom beidseits bei/mit - mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen mit rezessaler Stenose und Kompression der Nervenwurzeln L4 und 5 beidseits

Dr. H.____ erklärte, dass beim Beschwerdeführer chronische Schmerzen zervikal und lumbal bei aktuell im MRI nachgewiesenen Spinalkanalstenosen und auch möglichen Nervenwurzelirritationen vor allem C6 beidseits bestehen würden. Dies passe auch gut zu den Kribbelparästhesien, welche er beklage. Auf grund dieser Beschwerden sei eine Tätigkeit als Maler, welche der Beschwerde führer früher ausgeübt habe, nicht möglich. Dies insbesondere nicht, da er dabei den Kopf meist in extenderter Position sowie die Arme auch über Kopf halten müsste. Auch die lumbalen Schmerzen würden hier zu einer Belastungsverminderung führen (Urk. 7/148 /2 3). 3.3 3.3.1

Im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldungsverfahrens sind im Wesentlichen folgende ärztlichen Beurteilungen aktenkundig:

3.3.2

Dr. med.

K.____ , Oberarzt der F.____ , stellte im Bericht vom 13. März 2017 zuhanden von Dr. E.____ folgende Diagnose (Urk. 7/159/6): cervicoradikuläres Schmerz-Reiz- und partielles Ausfallsyndrom C5 links mit/bei - bildgebend: Diskushernie C4/5 linksbetont - anamnestisch: Schultergelenksarthrose links

Dr. K.____ gab an, dass eine Diskushernie C4/5 mit hochgradiger Spinalkanalstenose C4/5 sowie eine Kompression des Myelons bestünden . Aufgrund der bereits vorliegenden leichtgradigen myelopathischen Symptome sowie des ausgeprägten cervicoradikulären Schmerz- Reiz-

und partiellen Ausfallsyndroms C5 links sei die operative Behandlung mittels anteriorer cervikaler Diskektomie und Cageeinlage aus seiner Sicht indiziert. Bei einer Myelonkompression und ausgeprägten degenerativen Veränderungen in diesem Segment sowie hochgradiger Spinalkanalstenose sei eine Verschlimmerung der Myelopathie für die Zukunft sehr wahrscheinlich . Die Operation habe im Hinblick auf Schäden am Myelon leider lediglich einen prophylaktischen Charakter (Urk. 7/159/7). 3.3.3

Dr. med. L.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in der Stellungnahme vom 20. April 2017 fest, dass gemäss MRT vom 10. März 2017 un veränderte multisegmentale degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) Punktum

maximum C4/5 mit linksbetonter BS-Hernie mit auch kleiner Extrusionskomponente im linken Neuroforamen und mit

neuroforaminaler Nervenwurzelkompression gegeben seien. Zudem liege eine Einengung des Spinalkanals ohne Myelonkompression

vor. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde empfohlen, von einem im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalt auszugehen (ganztags umsetzbare Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; Urk. 7/163/2-3). 3.3.4

Dr. E.____ erklärte im an den Beschwerdeführer gerichteten Bericht vom 17. Mai 2017, dass sich aufgrund des letzten Berichts der F.____

eine zunehmende Schädigung der Nervenbahnen zeige, die zur klinischen Symptomatik passen würde. Der Beschwerdeführer leide nicht nur unter anhaltenden Schmerzen, sondern auch an einer zunehmenden Bewegungseinschränkung und Kraftminderung der linken Halsseite und des Armes linksseitig. Eine operative Intervention könnte im besten Fall eine geringe Besserung, jedoch keine Heilung bewirken. Die Situation bezüglich des Bewegungsapparates habe sich für den Beschwerdeführer innerhalb des letzten Jahres deutlich verschlechtert (Urk. 7/167). 3.3.5

Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin hin (Urk. 7/169) teilte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 5. Juli 2017 (Urk. 7/172) mit, dass die Cage-Operation bis anhin nicht durchgeführt worden sei. Grund dafür bilde nebst dem üblichen Operationsrisiko der Umstand, dass die Operation im Hinblick auf Schäden am Myelon leider lediglich einen prophylaktischen Charakter habe. 3.3.6

Dr. E.____ nannte im Bericht vom 7. September 2017 folgende Diagnosen (Urk. 3): (1) Verdacht auf Fibromyalgie (2) nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes): mit nicht näher bezeichneten Komplikationen (3) Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (4) pseudoradikuläre

Cervicobrachialgie links (5) Periarthritis humeroscapularis

calcarea links (6) Wirbelsäulen- Funktionsstörungen/Blockierungen (7) muskuläre Dysbalance

(8) Muskelhartspann (9) Spinalkanalstenose HWS und Lendenwirbelsäule (10) elektroneurografisch kein Anhalt für eine Polyneuropathie bei berichteter Gangunsicherheit (11) leichtgradige hochtonbetonte sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits (12) Tortikollis (13) cervicoradikuläres Schmerz-Reiz- und partielles Ausfallsyndrom C5 links mit/bildgebend: Diskushernie C4/5 linksbetont

Dr. E.____ ergänzte, dass konsekutiv von einer Verschlechterung der Myelonqualität auszugehen sei, die einen unwiderruflichen Schaden hinterlasse (Urk. 3). 4. 4.1

Der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2017 (Urk. 2), mit der die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 13. April 2017 nicht eintrat (Urk. 7/160), lag im Wesentlichen die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 2. August 2017 (Urk. 7/173/3-4) zugrunde. 4.2

RAD-Arzt Dr. M.____ legte in dieser Stellungnahme dar, dass im Gutachten des C.____ vom 25. Februar 2013

bildgebend offenbar auf den Röntgenbefund HWS vom 24. September 2012 abgestützt worden sei. Damals seien radiologisch eine beginnende Osteochondrose, ventrale Spondylose und Retrospondylose C4-C6 ersichtlich gewesen. Offensichtlich habe es hier noch keine Hinweise für eine

radikuläre Symptomatik gegeben. Gemäss Bericht der

F.____ vom 13. März 2017 werde nun unter anderem

bildgebend eine Diskushernie C4/C5 links betont thematisiert sowie von einem partiellen Ausfallsyndrom C5 links berichtet. Im betreffenden Bericht werde eine HWS-Operation als erforderlich erachtet, um damit prophylaktisch weiteren Schäden am Halsmark zu begegnen. Im Bericht der

I.____ vom 7. Oktober 2013

sei in die Diagnosen eines zervikoradikulären

Reizsyndroms C4/C5 und C5/C6 beidseits bei paramedian linksbetonter Diskushernie C4/C5 und Spinalengung C4/C5 und C5/C6 mit Foraminalstenosen C5/C6 beidseits gestellt worden. In der Anamnese sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer seit anderthalb Jahren an verstärkten Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme vor allem rechts mit Kribbelparästhesien leide. Aufgrund dieses Berichts der I.____ sei wahrscheinlich davon auszugehen, dass die jetzt operationsbedürftig thematisierten radiomorphologischen HWS-Befunde sowie klinischen Beschwerden bereits seit mindestens 2012 bestanden und sich im subjektiven Beschwerdeverlauf verstärkt hätten. Wesentlich neue, unberücksichtigte versicherungsmedizinische Tatsachen seien nicht vorgebracht worden (Urk. 7/173/3-4). 4.3

Diese fachärztliche Beurteilung von RAD-Arzt Dr. M.____ ist einleuchtend und plausibel. Wie dem Bericht von

Dr. H.____ der

I.____

vom

7. Oktober 2013 (Urk. 7/148/22-23) zu entnehmen ist, war beim Beschwerdeführer bereits zum damaligen Zeitpunkt ein

zervikoradikuläres

Reizsyndrom C4/C5 und C5/C6 beidseits

bei insbesondere einer paramedian linksbetonten Diskushernie C4/C5 festgestellt worden.

Dr. H.____ war

in dem Bericht, den das Sozialversicherungsgericht im Urteil IV.2014.01291 vom 29. März 2016 E. 3.3.3 würdigte, zum Schluss gekommen, dass dem Beschwerdeführer die früher durchgeführte Tätigkeit als Maler

aufgrund der diesbezüglich bestehenden chronischen Schmerzen zervikal (mit anamnestisch Ausstrahlung in beide Arme) sowie auch der Beschwerden lumbal

nicht mehr möglich sei. Inwiefern es hinsichtlich dieser HWS-Beschwerden seit der Beurteilung von Dr. H.____ im Oktober 2013 zu einer erheblichen Verschlechterung gekom

men sein soll, wurde

in den im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren einge reichten Berichten des G.____ vom 12. Januar 2017 (Urk. 7/159/10-11) , der F.____ (Urk. 7/159/6-9)

und von Dr. E.____ (Urk. 7/167 und Urk. 3) nicht erläutert . Im Weiteren finden sich in diesen Berichten auch keinerlei Angaben zur Arbeitsfähigkeit .

Weshalb dem Be schwerdeführer eine von den Gutachtern des C.____

im Februar 2013 als zumutbar erachtete körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Lärmbelastung, höhere Anforderungen ans Gehör und eine Absturzgefahr (Urk. 7/96/27) nun mehr nicht mehr in einem 100%-Pensum möglich sein soll, wurde in keiner Weise dargetan. Allein d er Umstand , dass in den Berichten der

F.____

eine Operation als indiziert erachtet wurde (Urk. 7/159/6-9) , lässt n icht auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands schliessen. Ebenso wenig kann der Beschwerdeführer aus der Diagnoseliste im Bericht von Dr. E.____

vom 7. September 2017 (Urk. 3) etwas zu seinen Gunsten ableiten. 4.4

Relevante Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des Gesund heitszustands des Beschwerdeführers mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

seit Erlass der Verfügung vom 6. November 2014 (Urk. 7/147) sind unter diesen Umständen nicht gegeben. 5.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) , mit der die Beschwerdegegneri n auf das neue Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht eingetreten ist , erweist sich damit als rechtens. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 6.

Die Kosten d es Verfahrens sind auf Fr. 600 .-- festzusetzen 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christoph Anwander - 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
Der Gerichtsschreiber
Hurst
Kreyenbühl

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