

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00070 vom 30. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00070 du 30 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00070 del 30 marzo 2021

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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 kom menden 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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaub haft 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). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und her nach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungs pflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Ände rung des Invaliditätsgrades bildet bei der Neuanmeldung die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Dem gemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Anspruchsverneinung zu verglei chen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf

die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). 1.

E. 3

). Dagegen erhob X.____ Einwand (Urk. 10/124-127) und liess sodann den Bericht über die teilstationäre Behandlung vom 9. Oktober 2018 einreichen (Urk. 10/135). In der Folge zeigte ihm die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 11. Januar 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens an

(Urk. 10/140). Dagegen liess der Versicherte am 7. März 2019 Einwand erheben (Urk. 10/14)

E. 3.1.1

Der rentenabweisenden Verfügung vom 6. April 2016 (Urk. 10/111) lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde (vgl. Urk. 10/108):

E. 3.1.2

Dr. Y.____

stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 3. Juli 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F.41.2). Die anamnestische Panikstörung sei gegenwärtig remittiert und habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/95/13).

Der Beschwerdeführer habe ordentlich gepflegt gewirkt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Während des Gespräches habe er auf die gestellten Fragen in Bezug auf seine Lebensgeschichte und Krankheitsentwicklung klare, sehr ausführliche und präzise Antworten gegeben, was auf ganz unauffällige mnestiche Funktionen hindeute. Im formalen Denken sei er geordnet, allerdings mit eingeschränkter Introspektionsfähigkeit. Im Affekt habe er in Widerspruch zu den berichteten depressiven Phasen mit insbesondere gegenwärtig schlechter Phase objektiv nicht depressiv gehemmt gewirkt, sondern eher bemüht, möglichst mehr Beschwerden und subjektiv empfundene Funktionseinschränkungen darzustellen. Die affektive Schwingungsfähigkeit und der Elan vitae seien erhalten gewesen. Während der Schilderung seiner Panikattacken habe er weder motorische Spannungen noch eine vegetative Überregbarkeit aufgewiesen; seine Atmung und affektive Lage seien unverändert geblieben. Bei der nachfolgenden Untersuchung vom 25. Juni 2015 habe sich der psychiatrische beziehungsweise der psychopathologische Befund unverändert gezeigt (Urk. 10/95/11). Testpsychologisch habe

sich gestützt auf die MADRS vom 15. und 25. Juni 2015 keine depressive Symptomatik mit Krankheitswert erheben lassen. Die Testung mittels Mini-ICF-APP habe eine leichte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit ergeben. In weiteren Bereichen sei keine Beeinträchtigung feststellbar gewesen, wobei der Befund am 25. Juni 2015 unverändert getestet worden sei. Gemäss Aufmerksamkeits-Belastungs-Test vom 15. Juni 2015 sei der Beschwerdeführer qualitativ deutlich und quantitativ leicht unterdurchschnittlich. Der Gesamtscore von 14 Punkten auf der Panik- und Agoraphobie-Skala weise auf einen mittel schweren Grad der Beeinträchtigung durch die Angststörung hin. Insbesondere belasteten den Beschwerdeführer die agoraphobische Vermeidung, antizipatorische Angst und Behinderung beziehungsweise Einschränkung (Urk. 10/95/11-13). Aufgrund der dokumentierten psychiatrischen Befunde bestätigte Dr. Y.____ die bereits im Vorgutachten attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit für sozial

anspruchsvolle Tätigkeiten und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten. Es bestünden beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster ausserhalb der gesellschaftlichen Normen betreffend Kognitionen, Wahrnehmungen und der sozialen Interaktionen. Weder anamnestisch noch aktenkundig seien Hinweise auf anhaltende Störungen der Impulskontrollen ersichtlich, weshalb der Ausbruch einer Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenalter ausgeschlossen werden könne. Die geschilderte Antriebsstörung, der vermehrte Schlafbedarf, die Müdigkeit, der soziale Rückzug, die Ängstlichkeit und insbesondere Sorgen um seine körperliche Verfassung seien aufgrund des geschilderten Aktivitätsniveaus in den letzten Jahren weder einer depressiven Störung noch einer Angststörung oder einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 zuzuordnen; es könne aber eine gemischte Angst und depressive Störung (ICD-10 F.41.2) diagnostiziert werden (Urk. 10/95/13-14). In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer,

abgesehen von der Zeit während der notwendigen tagesklinischen Behandlung, nie längere Zeit arbeitsunfähig gewesen

(Urk. 10/95/15).

E. 3.2

3

Gemäss Bericht der psychiatrischen Klinik A.____

vom 9. Oktober 2018 befand sich der Beschwerdeführer vom 25. Juni bis 5. Juli 2018 in einer teilstationären Behandlung. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden. Im Jahr 2004 sei es erstmals zu einer Panikattacke gekommen. Seitdem habe sich der Beschwerdeführer einer Reihe von somatischen Abklärungen unterzogen, ohne dass es somatische Korrelate für seine Beschwerden gegeben hätte. Klare Behandlungsziele hätten während des teilstationären Aufenthalts nicht definiert werden können; der Beschwerdeführer sei vorrangig auf der Suche nach Austausch mit anderen Betroffenen gewesen, die ähnliche Erfahrungen und Zustände der Angst und Panik sowie depressive Verstimmungen erlebt hätten (Urk. 10/135/2-3). Als Diagnosen wurde der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (negativistisch, selbstunsicher, ICD-10 F61) sowie auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) genannt. Sodann führte Oberärztin Andrea Seidl eine anamnestisch rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradig, chronifiziert (ICD-10 F33.1) sowie eine anamnestische Panikstörung auf (ICD-10 F41.0; Urk. 10/135/4). Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer könne keine Prognose gestellt werden. Es sei therapeutisch indiziert, ein Störungsmodell hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur mit Reflexion der eigenen Denk- und Verhaltensmuster und Veränderung dieser sowie ein Entgegenwirken der sich anamnestisch chronifizierten depressiven Symptomatik und Vermeidung zu erarbeiten. Sodann sei eine Etablierung einer Psychopharmakotherapie zu evaluieren (Urk. 10/135/5).

E. 3.2.1

Im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung präsentiert er sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.2.2

Dr. med. C.____, Facharzt Innere Medizin im Spital D.____, Institut für klinische Notfallmedizin, hielt mit Austrittsbericht Notfallpraxis vom 15. August 2017 fest, der

Beschwerdeführer sei zur ambulanten Sprechstunde erschienen. Der Beschwerdeführer habe berichtet, sich am Morgen mässig unwohl gefühlt zu haben. Am Mittag habe er einen starken Druck auf der Brust und ein heftiges Herzklopfen verspürt; ihm sei schwarz vor Augen geworden. Gegenwärtig habe er viel Stress, da er arbeitslos sei, finanzielle Sorgen habe und die Aufenthaltsbewilligung seiner Ehefrau nicht mehr verlängert worden sei. Als Diagnose führte Dr. C. ___ Panikattacke mit Hyperventilation auf. Es werde dem Beschwerdeführer psychologische oder psychiatrische Mitbetreuung empfohlen (Urk. 10/121/3).

Gemäss Austrittsbericht vom 21. Oktober 2017 des Spitals D. ___ wurde der Beschwerdeführer am 20. Oktober 2017 notfallmässig vorstellig, nachdem er plötzlich es Unwohlsein, Schwindelgefühl sowie Brechreiz und Kraftlosigkeit verspürt habe. Er habe berichtet, in einer sozialen Belastungssituation zu stehen, seit 14 Tagen vermehrt Stress gehabt und sich schwach, wie in «Trance», gefühlt zu haben. Pektanginöse Beschwerden seien verneint worden und ein sensomotorisches Defizit bestehe nicht. Der Schwindel sei als Stirnschwindel beschrieben worden. Die Beschwerden seien bereits regredient. Als Diagnose nannten die Ärzte einen Verdacht auf Panikattacke sowie eine depressive Episode im Rahmen einer sozialen Belastungssituation. Der Beschwerdeführer habe sich klinisch in ordentlichem Allgemeinzustand präsentiert und es habe sich kein fokales neurologisches Defizit gezeigt. Die laborchemische Untersuchung habe ebenso wie die Elektrokardiographie einen unauffälligen Befund ergeben. Ihm sei geraten worden, sich bei rezidivierenden Panikattacken in psychotherapeutische Behandlung zu begeben (Urk. 10/121/1-2).

E. 3.2.4

Dr. Z. ___

stellte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 21. November 2019 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/176/50) : - Rezidivierende depressive Störung, ggf. remittiert (ICD-10 F33.4) - Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Panikstörung (ICD-10 F41.0)

In der Exploration habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er primär unter Panikattacken leide, welche sich häufig auch zu Hause aus der Entspannung resultieren ohne ersichtlichen Grund ergeben würden. Sie führten

zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, da auslösende Faktoren bekannt seien. So seien Müdigkeit, Koffein, Alkohol, scharfes Essen, Hitze, Aufenthalt in grösseren Mengen, körperliche Anstrengung, Schmerzen oder sexuell auslösende Faktoren. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer über generelle Ängste und wiederkehrende depressive Episoden berichtet, in welchen er lustlos und träge sei, viel grübele. Aktuell sei er nicht depressiv; es bestünden aber Ängste, Grübeln und Panikattacken (Urk. 10/176/42-43). Der Beschwerdeführer sehe sich auf dem ersten Arbeitsmarkt als gänzlich arbeitsunfähig, da er keine sozialen Kontakte und keinen Druck ertrage; er dekompenriere mit Ängsten und Panikattacken. Er könne sich lediglich vorstellen seine eigene Webseite weiter auszubauen. Der Beschwerdeführer lebe mit seiner Ehefrau und seinen (aus früheren Ehen bzw. Beziehungen stammenden) beiden Söhnen in einer viereinhalb Zimmer Wohnung. Der Kontakt zu seinen Söhnen und seiner Ehefrau sei sehr gut. Kontakt zu seiner (aus einer weiteren Beziehung stammenden) Tochter habe er nicht. Er habe jedoch regelmässigen guten Kontakt zu seiner Mutter und seinen beiden Cousins. Einschneidende Ereignisse

seien vom Beschwerdeführer keine genannt worden. Seit Juni 2014 sei er einmal alle zwei Wochen für jeweils 60-90 Minuten in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 10/176/48).

Zum Untersuchungsbefund notierte Dr. Z.____, es seien keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Bewusstseins-, Orientierungs-, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen ersichtlich. Während der Exploration sei der Beschwerdeführer etwas verlangsamt respektive weitschweifig gewesen. Zwänge seien keine vorhanden. Der Beschwerdeführer habe jedoch Kontrollhandlungen aufgrund der Unsicherheit und Ängste geschildert. Wahn-, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Affektiv sei der Beschwerdeführer nicht deprimiert, nicht affektlabil oder weinerlich und normal schwingungsfähig. Schuld- und Insuffizienzgefühle seien vorhanden sowie Ängste genereller Art und Panikattacken seit Jahren. Der Antrieb und die Interessen seien normal ausgebildet; es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit (Urk. 10/176/49). Aufgrund der Anamnese schloss Dr. Z.____ beim Beschwerdeführer auf eine selbstunsichere/ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Beim Beschwerdeführer sei ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweiche, vorhanden. Dieses Muster betreffe sowohl die Kognition als auch die Affektivität, weshalb das allgemeine Persönlichkeitsstörungskriterium A gemäss DSM-V erfüllt sei. Dieses Muster führe in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen, womit das Kriterium B abgedeckt sei; da dieses stabil und langandauernd sei, sei auch das Kriterium C gegeben. Des Weiteren liege eine Panikstörung vor (ICD-10 F41.0), da der Beschwerdeführer angegeben habe, mehrmals pro Monat deutliche Panikattacken zu durchleben, welche zu Vermeidungsverhalten und regelmässigen Besuchen auf Notfallstationen führten. Aufgrund der Akten sei sodann von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, auszugehen. Es sei weder eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) noch eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zu diagnostizieren. Die somatischen Symptome seien im Rahmen der Panikstörung zu sehen. Andere psychopathologische Befunde oder Diagnosen seien nicht zu stellen (Urk. 10/176/53-54).

Es sei davon auszugehen, dass seit 2005 praktisch durchgängig eine leitliniengetreue ambulante psychiatrische Behandlung stattfindet. Die psychopharmakologische Medikation sei jedoch unzureichend, weshalb eine leitliniengetreue antidepressive Medikation zur Rezidivprophylaxe der rezidivierenden depressiven Störung eingesetzt werden sollte. Gestützt auf die ausführliche Anamnese und das Studium der Akten seien die Ängste gemeinsam mit den selbstunsicheren Persönlichkeitsanteilen am ehesten im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung zu sehen. Des Weiteren sei davon auszugehen, dass sich seit dem letzten Gutachten im Jahr 2015 wieder eine Panikstörung etabliert habe, welche ab er während dem tagesklinischen Aufenthalt vom 25. Juni bis 5. Juli 2018 nicht bestanden habe (Urk. 10/176/54-55).

In der bisherigen Tätigkeit als Türsteher/Sicherheitsangestellter sei der Beschwerdeführer aufgrund der Symptome der Panikstörung sowie der selbstunsicheren/ängstlichen Persönlichkeitsstörung aktuell sowie bereits seit der Begutachtung bei Dr. Y.____ im Jahr 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit, bei welcher der Beschwerdeführer keine intensiven sozialen Kontakte wahrnehmen und zu geregelten Arbeitszeiten arbeiten müsse, sei aufgrund der Symptome der Panikstörung sowie der

selbstunsicheren/ängstlichen Persönlichkeit von einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. Die Reduktion komme sowohl durch die einzelnen Panikattacken im Rahmen der Panikstörung, als auch durch das ausgeprägte Vermeidungsverhalten des Beschwerdeführers sowie die Tag-Nacht-Umkehrzustände. Obwohl davon auszugehen sei, dass eine leitliniengetreue Behandlung stattfindet, sei dringend eine verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung der Panikstörung und des Vermeidungsverhaltens durchzuführen. Dadurch könnte auch der Tagesablauf reguliert und die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden (Urk. 10/176/56-57).

E. 4

3

Zusammenfassend ist somit erstellt, dass es seit der letzten Rentenprüfung im Jahr 2016 weder zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitsschadens noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG ist daher zu verneinen. Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens kann damit entfallen.

Die angefochtene Verfügung vom 9. Januar 2020 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 4.1

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob beziehungsweise in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschleunigt der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 5

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Mit Verfügung vom 6. März 2020 wurde das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung abgewiesen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg -
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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. 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 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 VogelSherif

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