

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00351 vom 9. Oktober 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-10-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00351](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00351)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00351 du 9 octobre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00351 del 9 ottobre 2021

## Erwägungen

### E. 1

4. Oktober 2011

einen Rentenanspruch ( Urk. 8/60).

Mit Mitteilung vom 15. Februar 2012 wurde die Arbeitsvermittlung nach der Durchführung eines Beratungsgesprächs auf Wunsch der Versicherten abgeschlossen ( Urk. 8/72 -73 ).

### E. 1.1

und 1.3). Sie gehe – im Vergleich zum Bericht vom 16. März 2018 ( Urk. 8/95/2) – von einer unveränderten Verminderung der Leistungsfähigkeit von 14

% beziehungsweise einer Leistungsunfähigkeit von 86 %

aus ( Ziff. 2.2). 4.6

Die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ berichteten am 6. Januar 2020 ( Urk. 8/129/2-3) über die Befundbesprechung des SPECT der HWS. Hinsichtlich der rechtsbetonten Zervikalgien sei am ehesten von einer spondylogenen Ursache bei im SPECT-CT nachgewiesener aktivierter

Osteochondrose auf Höhe C7/ Th auszugehen. Hinweise auf eine Materiallockerung hätten sich nach dem Auffahrunfall nicht gefunden. Bei deutlichem Leidensdruck sei eine Facettengelenksinfiltration zu empfehlen, da eine direkte Infiltration der Osteochondrose nicht möglich sei. 4.7

Am

4. März 2020 berichteten die Ärzte des Spitals

I.\_\_\_\_ von einem MRI der Brustwirbelsäule (BWS) und von stationären Verhältnissen entlang der BWS ohne Nachweis von aktivierten ossären Pathologien oder Weichteilpathologien. Es bestünde eine vorbekannte kleine Bandscheibenpathologie in der mittleren BWS und eine links betonte dorsale Spondylose auf Höhe BW7/8 ohne Neurokompression und ohne Nachweis einer Spinalkanalstenose. Es bestünden keine abgrenzbare Rippenpathologie auf Höhe der Schmerzlokalisierung und keine typischen Veränderungen einer

Spondylarthropathie ( Urk. 8/133). 4.8

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, führte im Bericht vom 10. Dezember 2020 ( Urk. 8/137) unter Verweis auf

ihren früheren Bericht vom 16. März 2018 (Urk. 8/88)

aus, wegen Schmerzen und krankheitsbedingten Ausfällen könne die Beschwerdeführerin, seitdem sie sie seit 2016 kenne, nicht mehr regelmässig arbeiten. Die frühere Anstellung von 100 % sei seit Jahren nicht realisierbar (Ziff. 2.7). Mit Pausen sei eine Tätigkeit im Umfang von sechs bis acht Stunden pro Woche möglich (Ziff. 4.1-2), dies wegen den krankheitsbedingten Ausfällen infolge von Schüben der Polyarthritits im Rahmen der rheumatologischen Grunderkrankung (Ziff. 4.3-4). 4.9

Die Ärzte des Spitals

I. \_\_\_ berichteten am 7. Januar 2021 (Urk. 8/141) von einem MRI der LWS und führten aus, es bestehe ein progredientes rechts betontes Diskusherning auf Höhe LW 4/5 mit rechts betonter Tangierung der rezessalen L5-Wurzeln. Zudem bestehe eine aktivier te erosive

Osteochondrose auf dieser Etage. Stationär bestehe eine kleine mediane Diskushernie auf Etage LW5/SW 1. Weitere Neurokompressionen würden keine bestehen (S. 1). 4.10

Dr. med. L. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 2. Februar 2021 (Urk. 8/143) als psychiatrische Diagnosen eine seit zehn Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11, Ziff. 2.5). Die Beschwerdeführerin sei im ersten Arbeitsmarkt aufgrund der komplexen somatischen Krankheiten nicht mehr arbeitsfähig (Ziff. 2.7). Es bestehe eine eingeschränkte Belastbarkeit und Beweglichkeit wegen diverser Schmerzen und eine erhöhte Erschöpfbarkeit (Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (Ziff. 4.1). Eine angepasste Tätigkeit sei im Umfang von ein bis zwei Stunden zumutbar (Ziff. 4.2). Die Beschwerdeführerin habe eine komplexe somatische und daraus resultierende depressive Störung, sodass sie im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr integriert werden könne (Ziff. 4.3). 4.11

Med. pract. C. \_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin des RAD, führte in der Aktenbeurteilung vom 23. Februar 2021 (Urk. 8/146/5-6) aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht ergäben sich bezüglich der medizinischen Beurteilung zum Zeitpunkt des Gutachtens keine neuen medizinischen Aspekte. Somit könne an

der RAD-Stellungnahme vom 17. April 2019 (Urk. 8/112/6-7) festgehalten werden. Es lägen keine neuen medizinischen Befunde vor, welche einen anderen Sachverhalt zum Zeitpunkt des Gutachtens ausweisen würden. Zum weiteren Verlauf könne keine abschliessende Aussage gemacht werden (S. 5 f.). 5. 5.1

Das Bundesgericht geht nach ständiger Rechtsprechung davon aus, dass mit dem Eintreten auf eine erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV in analoger Weise wie bei einem Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen ist (BGE 133 V 108 E. 5.2; vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2017 vom 1. März 2018 E. 2; vgl. vorstehend E. 1. 3).

Dabei gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1), Anlass zur Rentenrevision. 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 somit 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 bzw. in welchem Ausmass

– unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. 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). 5.2

Zur Beurteilung der Frage, ob sich die gesundheitlichen Verhältnisse seit Oktober 2011 verändert haben, holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten ein. Daraus geht hervor, dass die entzündliche Gelenkerkrankung, welche im Jahr 2016 als Psoriasisarthritis diagnostisch gefasst wurde und durch die seit 15 Jahren vorbestehende Fibromyalgie überlagert wird, zusammen mit den bereits im Jahr 2011 beschriebenen HWS-Beschwerden die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

Anders als die Z.\_\_\_\_-Gutachter, welche eine Verweistätigkeit im Umfang von 90 % als zumutbar erachteten, bescheinigten Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von nurmehr 80 % . 5.3

Mit Blick auf die genannte Rechtsprechung (vorstehend E. 5.1) erscheint es fraglich, ob es sich bei der im Gutachten vom 3. April 2019 neu genannte Diagnose einer Psoriasisarthropathie um eine wesentliche und

für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung handelt. So beschreiben die Gutachter ein seit Jahren bestehendes Schmerzgeschehen, welches nun durch schubweise auftretende Gelenkentzündungen teilweise objektiviert wird. Im Zeitpunkt der Begutachtung zeigten sich indes keine Hinweise für eine floride Krankheitsaktivität, vielmehr war nach Beurteilung der Gutachter die Fibromyalgie weiterhin dominant (Urk. 8/105 S. 45).

In diesem Sinne sind mit der

Psoriasisarthritis und dem in diesem Zusammenhang erhobenen entzündlichen Geschehen zwar

neue Tatsachen bekannt geworden. Allerdings wird das Schmerzgeschehen unverändert durch die Fibromyalgie beherrscht. Die Beschwerden sind letztlich zur Hauptsache gleich geblieben, so dass nicht von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne der Rechtsprechung gesprochen werden kann. Zum gleichen Schluss führt die nur leicht zurückhaltendere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ von 80 % gegenüber der früheren 90%igen Arbeitsfähigkeit.

Im Weiteren hat auch die anlässlich des Autoauffahrunfalls vom 5. Juli 2019 erlittene HWS-Distorsion zu keiner anhaltenden Veränderung geführt. So konnten nach Auskunft der behandelnden Ärzte keine ossären Läsionen festgestellt werden und die Beschwerdeführerin wurde nur für wenige Tage krank geschrieben (vgl. vorstehend E. 4.4

sowie Urk. 8/120/2). Auch im SPECT-CT der HWS im Dezember 2019 konnten die Ärzte keine Hinweise auf eine Materiallockerung nach dem Auffahrunfall feststellen, sondern sahen in den rechtsbetonten vorbestehenden chronischen Zervikalgien am ehesten eine spondylogene Ursache bei nachgewiesener Osteochondrose auf Höhe C7/Th1 (vgl. vorstehend E.

4.6). Auch hinsichtlich der BWS stellten die behandelnden Ärzte im März 2020 stationäre Verhältnisse fest (vorstehend E. 4.7). Schliesslich sprach auch die behandelnde Dr. K.\_\_\_\_ von seit Jahren gleichen Verhältnissen und auch Dr. J.\_\_\_\_

bescheinigte eine unveränderte Leistungsfähigkeit von 14 % (vgl. vorstehend E. 4.5), was ebenfalls keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu belegen vermag.

Eine Verschlechterung gegenüber 2011 ergibt sich auch aus psychiatrischer Sicht nicht, wie der begutachtende Psychiater festhielt (Urk. 8/106 S. 30). Zwar diagnostizierte Dr. L.\_\_\_\_ eine seit zehn Jahren bestehende rezidivierende Störung, obschon sie die Behandlung erst im September 2020 aufgenommen hatte (Urk. 8/143/2). Sie erachtete die Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt aufgrund der komplexen somatischen Krankheitsn für nicht mehr arbeitsfähig. Mit der abweichenden Beurteilung im Gutachten setzte sie sich indes nicht auseinander (vorstehend E. 4.10). Unter diesen Umständen ist ihr Bericht von vornherein nicht geeignet, das Gutachten zu entkräften.

Dass eine wesentliche Veränderung allenfalls im MRI der LWS vom 7. Januar 2021 (vgl. Bericht vom 7. Januar 2021, vorstehend E. 4.9) erblickt werden kann, ist ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Zwar berichteten die Ärzte des Spitals I.\_\_\_\_ darin von einem progredienten Diskusbulging auf Höhe LW4/5 mit rechtsbetonter Tangierung der rezessalen L5-Wurzel. Jedoch war bereits im MRI der LWS vom 8. Februar 2017 von einer –

wenn auch damals noch fraglichen

– Reizung der Wurzel L5 die Rede (vgl. Urk. 8/83/22), so dass dieser Umstand den Gutachtern bereits bekannt war und in der Expertise berücksichtigt wurde. 5.4

Soweit die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend macht, ihre gesundheitliche Situation sei nicht hinreichend abgeklärt worden, vermag dies vor dem Hintergrund der ausführlichen und umfassenden gutachterlichen Beurteilung nicht zu überzeugen. Es ist nach dem Gesagten nicht ersichtlich, inwiefern sich aus den Darlegungen in der Beschwerde (Urk. 1 S. 1 f.) oder aus den übrigen medizinischen Akten eine andere Beurteilung ergeben soll.

Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. 5.5

Selbst wenn man

eine wesentliche gesundheitliche Veränderung annehmen und einen Revisionsgrund bejahen würde, so wäre auf die beweiskräftige gutachterliche Zumutbarkeitsbeurteilung abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % auszugehen.

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen

von Fr. 51'885.50 im Jahr 2021 ausgehend vom Einkommen, das die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Teilzeit Tätigkeit in der Reinigung erzielt hat und die Beschwerdegegnerin auf 100 % hochrechnete ( Urk. 2 S. 2 , Urk. 8/107 ). Wenn das bei der erstmaligen Rentenbemessung bei der Y. \_\_\_ AG im Jahr 2009 erzielte Einkommen von Fr. 54'275.-- herangezogen würde ( Urk. 8/13/3, Urk. 8/60 S. 3), resultierte – unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung der Frauenlöhne von 2552 (2009) auf 2719 (2017; vgl. Tabelle T39 des Bundesamtes für Statistik) – ein Valideneinkommen von Fr. 57'827.-- ( Fr. 54'275. -- : 2552 x 2719) .

Für das Invalideneinkommen stützte sich die Beschwerdegegnerin rechtsprechungsgemäss auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE ; BGE 139 V 592 E.

### **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 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). 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 hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuschuss der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des

geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zureichende Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

#### **E. 2**

3. April 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es sei die medizinische Situation zu prüfen und ihr seien die IV-Leistungen zu gewähren. In formeller Hinsicht ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das interdisziplinäre Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. April 2019 (Urk. 8/105 -106), davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Reinigung eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe und eine optimal angepasste Tätigkeit im Umfang von

80 % zumutbar sei (S. 1). Der gestützt auf statistische Werte vorgenommene Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 16 % , so dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 2 oben). Auch aus den weiteren medizinischen Unterlagen ergäben sich keine neuen Aspekte (S. 2 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1 ) , dass sich ihre gesundheitliche Situation seit einiger Zeit deutlich verschlechtert habe. Sie habe sich auch in psychiatrische Behandlung begeben müssen und leide an Depressionen . Ihre Diagnoseliste sei lang und sie habe der Beschwerdegegnerin

diverse Arztberichte geschickt (S. 1). Im August 2017 habe sie sich schliesslich nach Rücksprache mit ihrem Hausarzt bei der Invalidenversicherung angemeldet. Ihr Gesundheitszustand sei nie über längere Zeit stabil gewesen. Es gehe hier um ihre vielen Krankheiten und Symptome , unter denen sie leide und die ihr Alltags leben beeinträchtigen würden. Dies trage dazu bei, dass sie eine dauerhafte Arbeits unfähigkeit aufweise. Ihr Gesundheitszustand sei von der Beschwerdegegnerin nicht umfassend abgeklärt und beurteilt worden (S. 2).

### **E. 2.3**

, Urk. 8/107 ) . Der Jahreslohn für Frauen betrug gemäss LSE 2016 im Kompetenzniveau 1 Fr. 4'363.-- (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level). Angepasst an die Nominallohnentwicklung ( von 2709 im Jahr 2016 auf 2719 im Jahr 2017) sowie

an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (Tabelle T

03.02.03.01.04.01 ) sowie an die zumutbare Arbeits fähigkeit von 80 % resultiert ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 43'826.-- ( Fr. 4'363.-- x

### **E. 3**

0. Juni 2021 ( Urk.

#### **E. 3.1**

Der leistungsverneinenden Verfügung vom 14. Oktober 2011 ( Urk. 8/60) lag zur

Hauptsache das orthopädisch-psychiatrische Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2011 ( Urk. 8/29) zugrunde.

#### **E. 3.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , und Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten darin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22): - Status nach Dekompression C5-7 mit ventraler intercorporeller

Spondylodese mit autologem Beckenspan und ventraler Plattenosteosynthese im Januar 2010 und leichter medianer Diskusprotrusion C4/5 und C7/Th1 ohne neutrale Kompression - Spondylarthropathie und Spondylodiscitis L4/5 und L5/S1 mit medianer Diskushernie L5/S1 ohne neurale Kompression - Adipositas - Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), bestehend seit etwa Dezember 2009 - histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 23 oben): - leichte Acromioclaviculargelenksarthrose und subacromiale Bursitis links - Schmerzen im oberen Sprunggelenk (OSG) rechts und links bei Senkfüssen - Nikotinabusus

In ihrer interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung führten sie aus, seit fünf Jahren bestünden therapieresistente Nackenschmerzen, die nach einer Dekompression C5/6 und C6/7 mit ventraler intercorporeller

Spondylodese mit

autologem Beckenspan C5 bis 7 und ventraler Plattenosteosynthese am 28. Januar 2010 an der Klinik F. \_\_\_ in G. \_\_\_ zwar nachgelassen hätten, aber bei der Rechtshänderin weiterhin bestünden und in das linke Handgelenk ausstrahlen würden. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei primär durch die lumbalen Schmerzen subjektiv eingeschränkt. Analgetika würden täglich gebraucht. Die immer noch durchgeführte Physiotherapie sei nutzlos. Die Nackenschmerzen und das Ausmass der demonstrierten abnormen Untersuchungs Befunde der HWS könnten mit dem altersentsprechend normalen MRI-Befund der HWS bei durchgebauter Spondylodese C5 bis 7 nicht nachvollzogen werden. Auch die angegebene Kraftverminderung des linken Arms könne bei der klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden. Trotzdem bestehe aufgrund der veränderten Wirbelsäulenstatik bei zweietagiger

Spondylodese für körperliche Arbeit eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nachdem die linke Schulter bei der Begutachtung « schmerzbedingt » kaum zu untersuchen gewesen sei, sei eine MRI-Abklärung derselben vorgenommen worden und es habe sich nur eine leichte Acromioclaviculargelenksarthrose mit subacromialer Bursitis gezeigt, die in deutlichem Kontrast zu der demonstrierten Einschränkung der linken Schulter stehe und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Seit zwei Jahren würden sich auch therapieresistente lumbale Schmerzen manifestieren, die sich in beide Waden fortsetzen und die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv deutlich limitieren würden. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der Lendenwirbelsäule (LWS) könnten teilweise auf die im MRI dokumentierte Spondylarthropathie respektive Spondylodiscitis L4/5 und L5/S1 mit medianer Discushernie L5/S1 zurückgeführt werden. Die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität des gesamten rechten Beins könne bei radiologisch fehlender neuraler Kompression nicht plausibilisiert werden. Das Ausmass der angegebenen Beschwerden und demonstrierten Einschränkungen der

LWS kontrastiere auch deutlich mit dem nicht sehr ausgeprägten radiologischen Befund. Prognostisch ungünstig sei das Übergewicht, das zu einer vermehrten Belastung der abgenutzten unteren LWS führe. Die Beschwerdeführerin leide seit fünf Jahren an Schmerzen in beiden OSG und eine Spritzenbehandlung sei wirkungslos gewesen. Bei der körperlichen Untersuchung falle lediglich eine diffuse Druckdolenz im Bereich beider OSG auf und das MRI des rechten OSG sei unauffällig gewesen, sodass die Beschwerden nicht objektiviert werden könnten (S. 21 f.).

Im psychischen Zustand liessen sich im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzsymptomatik und dem Verlust der Arbeit seit Dezember 2009 Anpassungsstörungen

mit längerer depressiver Reaktion erheben. Dabei handle es sich definitionsgemäss

um einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende

Belastungssituation. Zusätzlich fänden sich Hinweise für eine histrionische Persönlichkeitsstörung mit Dramatisierung der Beschwerdesymptomatik und demonstrativen Hinweisen auf die Beschwerden. Auch liessen sich Somatisierungstendenzen erheben und im Bericht der Rehaklinik H.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2010 sei der Verdacht auf Fibromyalgie geäussert worden. Für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung fänden sich derzeit allerdings keine eindeutigen Hinweise. Nachdem es sich bei Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion um eine leichte psychische Störung handle, liege keine Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und Schmerz bewältigung vor. Daneben fänden sich Hinweise für Somatisierungstendenzen mit diffusen Schmerzangaben, insbesondere an Armen und Beinen, jedoch sei keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer anzunehmen, womit die versicherte Person ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen verfüge und diese mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausreichend überwindbar seien (S. 22 Mitte).

Bei der Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, anlässlich der gemeinsamen orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung am 11. Februar 2011 sei die Arbeitsfähigkeit gesamthaft als Produktionsmitarbeiterin seit Dezember 2009 bei voller Stundenpräsenz wegen der Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion und histrionischer Persönlichkeitsstörung mit reduzierter emotionaler Belastbarkeit, Dauerbelastbarkeit und geistiger Flexibilität auf 75% (Arbeitsunfähigkeit 25%) festgelegt worden. Vom 28. Januar 2010 bis Ende April 2010 habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine volle Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0%) bestanden und seit Mai 2010 könne in bisheriger Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 65% (Arbeitsunfähigkeit 35%) ausgegangen werden, da vorwiegend stehende Tätigkeiten mit häufigem Heben und Tragen von Lasten von 5 bis 10 kg und häufigen inklinierten und rotierten Körperhaltungen nicht mehr vollumfänglich möglich seien (S. 23 Mitte).

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und regelmässig Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Dezember 2009 zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) angenommen werden. Vom 28. Januar bis Ende April 2010 habe auch in adaptierten Tätigkeiten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine volle Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0%) bestanden. Ab Mai 2010 bestעה in adaptierten Tätigkeiten bei voller Stundenpräsenz gesamthaft wieder eine Arbeitsfähigkeit von 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%, S. 23 unten f.; vgl. auch Urk. 8/31). 3. 3

Gestützt auf das Gutachten des Z.\_\_\_\_

und ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer leidensangepassten Tätigkeit verneinte die Beschwerdeführerin im Vergleichszeitpunkt

einen Anspruch auf eine Invalidenrente

bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ( Urk. 8/60) . 4. 4.1

Die medizinische Sachlage, die aufgrund der Neuanschuldung vom 22. August 2017 ( Urk. 8/77) erneut geprüft wurde , stellt sich wie folgt dar: 4.2

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung im

Gutachten vom 3. April 2019 ( Urk. 8/105) folgende

verkürzt wiedergegebene n

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

64): - Psoriasisarthropathie diagnostiziert seit November 2016 - chronisches Zervikovertebralsyndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S.

64 f.): - Fibromyalgie - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Adipositas Grad II - chronisches Lumbovertebralsyndrom - Asthma bronchiale - Restless - legs -Syndrom - Status nach OSG-Distorsion links am 19. Oktober 2018 - Status nach subcapitaler Fraktur Dig . V Fuss rechts (Grundphalanx) nach Anpralltrauma am 17. November 2017 - Periarthropat h i a

humeroscapularis links (= PHS) mit Impingement - anamnestisch Laktoseintoleranz - Status nach Cholezystektomie

Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Befunde hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht seien die heute bestehenden Befunde und Diagnosen berücksichtigt worden und die Arbeitsfähigkeit sei entsprechend formuliert worden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin im Alltag durch psychische Beschwerden nicht beeinträchtigt. Sie sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, trotz der geklagten Beschwerden ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 65 Mitte).

Bezüglich relevanter Persönlichkeitsaspekte führten sie aus, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschilderung expressiv gewirkt habe, sie jedoch freundlich und die Kooperation gegeben gewesen sei. Sie habe früher während Jahren mit guter Leistung gearbeitet, von der Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt (S. 65 unten).

Die Gutachter erwähnten deutliche Belastungsfaktoren wie fehlende Berufsausbildung, psychosoziale Belastungssituation mit offensichtlich gewissem Drogenkonsum der Kinder. Die Beschwerdeführerin sei belastet durch den herzkranken Mann und die angespannte finanzielle Situation. Sie könne noch einigermassen schlafen, kümmere sich um den Haushalt, wobei sie bei schwereren Arbeiten auf Unterstützung angewiesen sei. Die Beziehung zu den Familienmitgliedern sei gut, sie pflege soziale Kontakte, lese viel, fahre Auto und sei in der Lage , ohne weiteres alleine in ihre Heimat zu reisen (S. 66 oben). Es bestünden Inkonsistenzen dahin gehend, dass die Beschwerdeführerin ihren

Alltagsaktivitäten nachgehe, sich aber selbst weitgehend als arbeitsunfähig einschätze. Klinisch würden jegliche Muskel atrophien als Hinweise auf eine relevante Schonung fehlen. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Befunde erhoben werden können. Aus psychiatrischer Sicht könne die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht objektiviert werden (S. 66 Mitte).

Sowohl in der Arbeit als Serviertochter als auch als Produktionsmitarbeiterin bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer Reinigungstätigkeit in Privathaus halten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bezogen auf ein Ganztagespensum. Dies unter der Voraussetzung, dass keine offenen Hautläsionen von Seiten der Haut psoriasis bestünden, wie dies derzeit der Fall sei. Das psychische Zustandsbild habe sich seit 2011 gebessert und ab Datum der Untersuchung bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 66 f.).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hielten die Gutachter fest, dass dauernd schwere oder dauernd mittelschwere Arbeiten nicht mehr in Frage kommen würden. Für eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit, bei welcher die Beschwerdeführerin nicht dauernd sitzen oder stehen müsse, keine Zwangstellungen einnehmen

und sich nicht dauernd repetitiv vornüber beugen oder bücken müsse, nicht dauernd nur Überkopf arbeiten ausführen müsse, und für eine Tätigkeit ohne Nässe- oder Kälteexposition, mithin eine Arbeit welche zusammengefasst rücken- und gelenkschonend sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bezogen auf ein Ganztagespensum. Es sei auch in einer derart leichten Tätigkeit ein vermehrter Pausenbedarf von 20 % zu attestieren, dies gelegentlichen Schmerzen schüben der Gelenke trotz aufgebauter Basistherapie Rechnung zollend. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in jeder beruflichen Tätigkeit ab Datum der Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 67 unten).

Zum Verlauf führte der begutachtende Rheumatologe aus, es bestehe seit Jahren eine ubiquitäre Ganzkörperschmerzsymptomatik. Dies entspreche der jahrelang vorbestehenden Fibromyalgie. Von der Operation an der HWS am 28. Januar 2010 habe die Beschwerdeführerin profitiert, sei allerdings nie beschwerdefrei geworden. Die Symptomatik werde durch die Fibromyalgie überlagert. Im November 2016 sei die Psoriasisarthropathie diagnostiziert und eine Basistherapie eingeleitet worden. Bezüglich der Haut habe die Beschwerdeführerin profitiert, bezüglich der Gelenke weniger. Relevant in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien der Status nach der HWS-Operation und die entzündliche Gelenkerkrankung, die Fibromyalgie sei nicht relevant (S. 54 f.).

Zur Frage der IV-Stelle, ob sich der Gesundheitszustand resp. die funktionelle Leistungsfähigkeit im Vergleich zu demjenigen im Jahr 2011 verändert hat, führte der Gutachter aus, dass im Jahr 2016 die Diagnose einer Psoriasisarthropathie gestellt worden sei, was Einschränkungen zur Folge habe (S. 50 Mitte). Bis zur entsprechenden Diagnosestellung habe

das Vorgutachten aus dem Jahr 2011 Gültigkeit. Unter Berücksichtigung dieser Diagnose mit gelegentlichen Beschwerdeschüben im Bereich der Gelenke trotz aufgebauter Basistherapie attestierte Dr. A.\_\_\_\_ auch in einer leichten Tätigkeit einen vermehrten Pausenbedarf von 20 % (S. 48 unten). Schliesslich verwies der rheumatologische Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ auf die erheblichen Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erhebbaren Befunden (S. 57 f.).

Aus der Sicht des Psychiaters habe sich der Gesundheitszustand seit 2011 verbessert. Zur Zeit könne keine psychiatrische Störung diagnostiziert werden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ( Urk. 8/106 S. 30). 4.3

Die Ärzte des Spitals

I. \_\_\_ berichteten am 21. Juni 2019 ( Urk. 8/116/1-2) von einem MRI des Neurokraniums und der HWS und führten aus, MR-morphologisch bestehe eine unauffällige Darstellung des Neurokraniums und der basalen Hirnarterien. Im Vergleich zur Voruntersuchung von 2016 bestünden stationäre Verhältnisse entlang der HWS und keine neu aufgetretene Neurokompression. Es

bestünden keine Myelopathien und keine aktivierte Knochenmarkspathologie (S.

2). 4.4

Am 5. Juli 2019 berichteten die Ärzte des Spitals I. \_\_\_ ( Urk. 8/120/7-8) von einer notfallmässigen Zuweisung nach einem Autoauffahrunfall und diagnostizierten eine HWS-Distorsion bei zervikokranialem Beschleunigungstrauma am 5. Juli 2019. Konventionell radiologisch seien ossäre Läsionen im Bereich der HWS ausgeschlossen worden. Sowohl der Neuro-Status als auch das EKG seien unauffällig. Die Beschwerden seien im Rahmen eines zervikokranialen Beschleunigungstraumas zu werten (S. 1) . 4.5

Die behandelnde Dr. med. J. \_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. Oktober 2019 ( Urk. 8/125) von einem verschlechterten Gesundheitszustand und gab als veränderten Befund rezidivierende akute Schübe mit akuter Arthritis (letzter Schub am 16. September 2019) an ( Ziff.

#### **E. 7**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 14. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht ( Urk.

#### **E. 9**

).

Am 14. September 2021 fand eine Instruktionsverhandlung statt ( Urk.

#### **E. 10**

, Protokoll S. 3). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 12**

: 2709 x 2719 : 40 x 41.7 x 0.8). Ein Grund für einen Leidensabzug ist weder ersichtlich noch geltend gemacht.

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'001.-- (Fr. 57'827.-- ./ Fr. 43'826.--) , was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 24 % ergibt.

Damit erweist sich die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 23. April 2021 ( Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren 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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen. 6.2

Zu prüfen bleibt das Gesuch der Beschwerdeführer in um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung für das vorliegende Verfahren ( Urk. 1 S. 2 Mitte ).

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege ist nicht voraussetzungslos und insoweit subsidiär, als die Pflicht des Staates, der mittellosen Partei für einen nicht aussichtslosen Prozess die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, nur dann zum Tragen kommt, wenn keine Drittpersonen für die Prozessfinanzierung aufkommen. Werden die Kosten durch eine Rechtsschutzversicherung getragen, fehlt die Bedürftigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C\_27/2016 vom 5. April 2016 E. 3 mit Hinweisen). 6.3

Im Lichte dieser Praxis hat die Beschwerdeführerin im Rahmen der beantragten unentgeltlichen Prozessführung und der Prüfung der finanziellen Bedürftigkeit Auskunft zu geben betreffend Rechtsschutzversicherung.

Im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ( Urk. 5 S. 2 Ziff. 5) erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie über eine Rechtsschutzversicherung verfüge.

Aus den Akten geht hervor, dass sie im Jahr 2011 bei der Assista Rechtsschutz versichert war ( Urk. 8/43-44, Urk. 8/47), und aktuell zudem bei der Dextra Rechtsschutz AG versichert ist ( Urk. 8/109-110). Im Abklärungsformular beantwortete sie die Frage, aus welchem Grund die Rechtsschutzversicherung eine Kostenübernahme abgelehnt hat , mit «keine Ahnung» . Auch wurde dem Gericht – trotz entsprechender Aufforderung im besagten Formular – das Ablehnungsschreiben der Rechtsschutzversicherung nicht eingereicht. Es bestehen daher keine Anhaltspunkte, dass die Rechtsschutzversicherung allfällige Gerichtskosten nicht decken würden.

Dementsprechend ist das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung androhungsgemäss (vgl. Urk. 6 S. 6 Ziff. 13) abzuweisen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 21. Mai 2021 um unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen ; und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. \_\_\_ unter Beilage einer Kopie von S. 3 des Protokolls - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von S. 3 des Protokolls - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
Die Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber Fehr Klemmt

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