

BVGer C-194/2007 vom 23. April 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-194_2007

FR: TAF C-194/2007 du 23 avril 2009

IT: TAF C-194/2007 del 23 aprile 2009

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les réf.).

E. 1.3

Le requérant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, il a qualité pour recourir. En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à

l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71).

E. 2.2

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 6 décembre 2006, les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

E. 3.1

En l'espèce, le recourant a déposé une demande de rente d'invalidité suisse le 11 décembre 2002. Par décision sur opposition du 6 décembre 2006, l'OAIE a rejeté sa demande, au motif que, nonobstant l'atteinte à la santé, le recourant conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Dans cette mesure, son taux d'invalidité ne lui permettrait pas d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité suisse. Le recourant, pour sa part, soutient qu'il est incapable d'exercer toute activité professionnelle, quelle qu'elle soit, en raison de ses problèmes de santé, et argue du fait que la sécurité sociale portugaise a reconnu son invalidité, pour laquelle il reçoit une rente. Il relève également que, vu son âge, il lui est difficile de trouver du travail. Il demande donc implicitement l'octroi d'une rente d'invalidité suisse. En conséquence, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité inférieure a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité ou, en d'autres termes, si effectivement le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de conducteur manoeuvre de machines dans la construction civile, mais conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, de sorte que sa perte de gain serait insuffisante pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse.

E. 3.2

Par ailleurs, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 11 décembre 2001 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 6 décembre 2006, date de la décision sur opposition attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 4

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPG/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations (OAIE pce 5). Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPG, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPG). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPG et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

E. 5.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPG) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

E. 6.1

Il convient de relever que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 6.2

Or, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît indispensable de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 6.3

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 6.4

Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de

l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées). A cet égard, il convient de souligner que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 et art. 12 PA; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 7

En l'espèce, s'il est établi que le recourant souffre de cardiopathie ischémique et qu'il a présenté au moins un infarctus du myocarde, la date de cet événement étant toutefois variable selon les documents à disposition, les différents rapports médicaux versés au dossier s'avèrent confus et divergents quant aux autres atteintes à la santé dont pourrait souffrir le recourant, de même que s'agissant des conséquences de ces maladies, en particulier sur la capacité de travail de l'intéressé.

E. 7.1

En effet, concernant en premier lieu les diagnostics posés, le Dr B._____, dont la spécialisation est par ailleurs inconnue, mentionne, dans le rapport E 213 envoyé à l'OAIE le 8 août 2005, un second infarctus du myocarde, qui aurait eu lieu en 2003. Seul le formulaire « Rapport médical », de l'Institut de solidarité et de sécurité sociale portugais, du 26 mars 2003, établi par un médecin dont le nom est illisible et la spécialisation également inconnue, fait état d'un second infarctus, qui serait survenu en décembre 2002. La Dresse D._____, cardiologue et médecin-traitant du recourant selon les indications de ce dernier, n'en fait pas mention dans son rapport médical du 21 janvier 2005. Le rapport E 213 fait en outre état d'une dyspnée en cas d'efforts conséquents, mais nie l'existence d'un angor, alors que la Dresse D._____, toujours dans son rapport médical du 21 janvier 2005, ne mentionne pas de dyspnée, mais observe un angor stable classe II lors de gros efforts ou d'efforts modérés. Quant au Dr C._____, médecin attaché au Ministère de la santé, dont on ignore la spécialisation, s'il note également, dans ses deux «Evaluation de l'incapacité» du 5 février 2002 et du 2 février 2005, des douleurs thoraciques en cas d'efforts, il précise, dans son rapport médical du 22 décembre 2006, qu'il existe un angor lors d'efforts légers. Enfin, le Dr B._____ diagnostique, dans le rapport E 213, une pathologie dégénérative de la colonne lombaire, à laquelle fait seul référence le Dr C._____, dans sa seconde «Evaluation de l'incapacité» du 2 février 2005, dans laquelle il mentionne une pathologie dégénérative ostéo-articulaire de la colonne vertébrale, et dans son rapport médical du 22 décembre 2006, dans lequel il précise que cette pathologie touche également les genoux et ajoute le diagnostic d'oedème des membres inférieurs. Ainsi, force est de constater, au regard de ce qui précède, la confusion et le manque de précision des observations et diagnostics figurant dans les rapports médicaux versés au dossier. En particulier, l'on ne parvient pas à déterminer si le recourant, en cas d'efforts physiques, est susceptible de présenter une dyspnée ou un angor. De même, l'on ne peut établir si, pour provoquer dyspnée ou angor, il suffit que le recourant fournisse un effort physique léger ou modéré, ou s'il faut que cet effort soit conséquent. Concernant la pathologie dégénérative de la colonne vertébrale, voire des genoux, il y a lieu de noter là encore l'imprécision du diagnostic et l'absence de rapport détaillé exposant les résultats d'un examen qui aurait été réalisé par un spécialiste en la matière; ainsi, dans l'état actuel du dossier, ce diagnostic est énoncé par

deux médecins dont on ignore justement les spécialisations et, partant, s'ils sont habilités à former de telles conclusions. Or, des diagnostics précis et une description claire de l'intensité des atteintes à la santé et de leurs conséquences sur les aptitudes, notamment physiques, de l'assuré sont nécessaires pour une correcte évaluation de la capacité de travail.

E. 7.2

A cet égard, s'agissant en second lieu des incidences des affections dont souffre le recourant sur sa capacité de travail, il convient de relever là aussi les divergences existant parmi les avis des médecins, dont aucun ne saurait convaincre. En effet, le Dr B. _____, qui, dans le rapport E 213, diagnostique deux infarctus du myocarde, une dyspnée lors d'efforts conséquents et une pathologie dégénérative de la colonne lombaire, estime que le recourant est incapable d'accomplir de manière régulière une activité lucrative, et ce définitivement. Le Dr C. _____, pour sa part, qui dans l'«Evaluation de l'incapacité» du 2 février 2005 et dans son rapport médical du 22 décembre 2006, fait état d'une cardiopathie ischémique, d'un angor en cas d'efforts légers, d'un oedème des membres inférieurs et d'une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et des genoux, conclut à une incapacité permanente pour toute activité. Quant à la Dresse D. _____, dont on connaît la qualité de cardiologue et qui retient notamment les diagnostics de cardiopathie ischémique et d'angor lors de gros efforts ou d'efforts modérés, elle allègue d'une incapacité permanente du recourant dans son activité, sans se prononcer sur une éventuelle capacité de travail dans une activité de substitution. Il en va de même dans le formulaire « Rapport médical », de l'Institut de solidarité et de sécurité sociale portugais, du 26 mars 2003, établi par un médecin dont le nom est illisible et qui, tout en déclarant clairement l'assuré incapable, de façon permanente, de travailler dans son activité habituelle, mais pas dans toutes les activités, n'a pas proposé d'alternatives professionnelles. Or, aucun de ces rapports médicaux ne présente une motivation circonstanciée, puisqu'ils ne décrivent pas les limitations fonctionnelles que subirait le recourant en raison de son état de santé. Ainsi, les médecins n'exposent pas les motifs pour lesquels les affections qu'ils constatent chez le recourant entraînent, pour les uns, une absence totale de capacité de travail, à l'exclusion de toute activité adaptée, ou, pour les autres, une incapacité dans l'exercice de la profession habituelle. Ils ne démontrent pas pourquoi le recourant ne peut pas travailler dans une activité adaptée, qui par exemple permettrait une position assise et tiendrait compte de cette façon du fait que l'assuré ne semble pas pouvoir fournir d'efforts physiques sans souffrir de dyspnée ou d'angor, ni pourquoi il serait capable d'exercer une telle activité, ni même pourquoi le recourant ne peut plus poursuivre dans sa profession habituelle.

E. 7.3

C'est sur la base de cette documentation médicale uniquement que les médecins du service médical de l'OAIE ont estimé A. _____ incapable de travailler, à hauteur de 70%, dans son activité habituelle, mais capable d'exercer, à plein temps, une autre activité qui n'exige que peu d'efforts physiques. C'est ainsi que le Dr E. _____, dans sa prise de position du 18 octobre 2005, fait état d'un status après infarctus du myocarde survenu en février 2000, sans mentionner l'éventuelle survenance d'un second infarctus, et constate que des problèmes apparaissaient lors d'efforts physiques lourds à moyennement lourds, retenant le diagnostic de dyspnée, sans discuter celui d'angor pourtant cité par bon nombre de médecins portugais, dont la Dresse D. _____, cardiologue, ni l'intensité des efforts physiques exigibles de l'assuré, point sur lequel les avis des médecins portugais divergent. Enfin, le Dr E. _____ reprend, sans autres commentaires, le diagnostic de syndrome lombaire chronique, bien

qu'il s'avère mal documenté parmi les actes au dossier. Quant au Dr F. _____, à qui a été soumis le recours, il se limite à rapporter, dans sa prise de position du 19 octobre 2007, la mention d'un second infarctus dans certains documents médicaux portugais, et fait référence à une dyspnée à l'effort, mais pas à un angor. Il fait en outre une critique du certificat médical du Dr C. _____ du 22 décembre 2006, joint au recours, le jugeant peu fondé, tout comme le diagnostic de pathologie dégénérative de la colonne vertébrale. Il conclut qu'il n'existe, sur la base de la documentation à disposition, aucun élément propre à démontrer que le recourant ne pourrait pas exercer une activité légère. A la lecture des avis du service médical de l'OAIE, l'autorité de céans constate que les conclusions des Drs E. _____ et F. _____ sont peu motivées et que ces médecins se contentent pour l'essentiel de reprendre certains des diagnostics et certaines des conclusions de leurs confrères portugais, sans chercher à en clarifier les divergences et les imprécisions et sans expliquer les motifs de leur choix. Or, de l'avis de la Cour, il n'était pas possible, sur la base exclusive de la documentation versée au dossier, de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérant, à une conclusion quant à l'incapacité de travail du recourant. En vertu du principe inquisitoire, il appartenait au service médical de l'OAIE de requérir des précisions complémentaires des médecins portugais, voire de diligenter une expertise complète. Dès lors, l'autorité de céans n'est pas en mesure de se rallier aux conclusions de l'autorité inférieure et de ses médecins-conseil, ni à celles du recourant.

E. 7.4

Enfin, il sied de rappeler, par souci de complétude, que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (voir consid. 2.1). La décision de la sécurité sociale portugaise ne lie donc pas les autorités suisses.

E. 8

En conséquence, la Cour constate que, s'il existe suffisamment d'indices laissant penser que le recourant pourrait présenter une incapacité de travail, les rapports médicaux versés au dossier - au demeurant parfois peu lisibles - ne répondent pas aux exigences jurisprudentielles et ne permettent pas, partant, de porter un jugement valable en l'espèce. Dès lors, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, afin que celui-ci prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire propre à déterminer avec précision les atteintes à la santé subies par le recourant, leurs conséquences sur la capacité de travail et de gain, ainsi que la date exacte de l'éventuelle incapacité (art. 61 PA). En particulier, une expertise cardiologique complète sera requise, de même qu'un examen permettant de préciser les troubles dont souffre le recourant au niveau de la colonne vertébrale et des membres inférieurs, notamment des genoux, et les conséquences de ces troubles sur sa capacité de travail.

E. 9

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le recourant n'étant pas représenté, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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