

# **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20140311\_d\_ag\_o\_01 vom 11. März 2014**

FINMA Versicherungsrecht, 2014-03-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_20140311\\_d\\_ag\\_o\\_01](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20140311_d_ag_o_01)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20140311\_d\_ag\_o\_01 du 11 mars 2014

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20140311\_d\_ag\_o\_01 del 11 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 3**

In ihrer Klageantwort vom 16. März 2012 stellte die Beklagte folgende Rechtsbegehren:

"1. Die Klage vom 1. Dezember 2012 sei vollumfänglich abzuweisen.

2. Es sei der Kläger (und Widerbeklagte) widerklageweise zur Zahlung von CHF 343'509.95 nebst Zins zu 5% seit wann rechtens an die Beklagte zu verpflichten.

Eventualiter: Es sei der Kläger (und Widerbeklagte) widerklageweise zur Zahlung von CHF 181'344.15 nebst Zins zu 5% seit wann rechtens an die Beklagte und Widerklägerin zu verpflichten.

Subeventualiter: Es sei der Kläger (und Widerbeklagte) widerklageweise zur Zahlung von CHF 34'575.65 nebst Zins zu 5% seit wann rechtens an die Beklagte und Widerklägerin zu verpflichten.

-alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge-"

### **E. 3.1**

Im Folgenden ist die Frage zu prüfen, ob es sich bei der Erkrankung, welche ab dem 10. Juli 2006 erneut zu einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers führte, um die gleiche Krankheit handelt, aufgrund welcher dieser bereits zuvor zwischen dem 21. Juni 2004 und dem 14. Februar 2006 Taggelder von der Beklagten bezogen hatte, oder ob eine neue Krankheit Ursache für die erneut bestehende Arbeitsunfähigkeit war. Im Urteil vom 5. Februar 2013, E. 3.1. und 3.2., hat das hiesige Gericht mit Verweis auf die Art. 23 lit. c Abs. 1-3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2005 der Beklagten (KB 25; AB 8/21) erwogen, da der Kläger zwischen der Leistungseinstellung vom 14. Februar 2006 und der ab dem 10. Juli 2006 erneut bestehenden Arbeitsunfähigkeit keine ununterbrochene 365-tägige Arbeitsfähigkeit erreicht habe, könne er nach dem Bezug der maximalen Leistungsdauer von 730 Tagen abzüglich der Wartefrist von 14 Tagen, welche er mit der Auszahlung der Taggelder bis und mit dem 29. Oktober 2006 ausgeschöpft habe, nur aufgrund eines neuen Krankheitsfalles Taggeldleistungen von der Beklagten beanspruchen.

### **E. 3.2**

Der Kläger bringt dazu im Wesentlichen vor (Klage S. 3 ff.), in einer ersten Phase vom 7. Juni 2004 bis zum 14. Februar 2006 seien ihm von der Beklagten Taggelder in Folge einer schweren und längeren depressiven Reaktion, welche verschiedentlich auch als Burnout bezeichnet worden sei, ausbezahlt worden. Ab dem 15. Februar 2006 sei er sowohl von der Beklagten wie auch von Dr. med. F. als vollständig arbeitsfähig eingestuft worden und im Frühjahr 2006 habe er seine Arbeit zu einem 100%- Pensum wieder aufgenommen. Im

Sommer 2006 habe er die Arbeit jedoch erneut niederlegen müssen und ab Juli 2006 sei eine entzündliche Erkrankung des Nervensystems im Vordergrund gestanden. Dr. med. B. habe diese entzündlichen Erkrankungen im Gutachten vom 25. Juni 2010 der Diagnose Multiple Sklerose (MS) zuordnen können. Aufgrund dieser neuen Erkrankung habe er nach zwischenzeitlich vollständiger Arbeitsfähigkeit erneut Anspruch auf 716 Taggelder; vergleichsweise sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % seit dem 1. Juli 2006 auszugehen. Die Beklagte macht im Rahmen der Klageantwort demgegenüber geltend (Klageantwort S. 10 ff.), es handle sich bei der Erkrankung, die zu einer Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. Juli 2006 geführt habe, nicht um eine neue Erkrankung; aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass stets eine Antriebsschwäche im Vordergrund gestanden habe. Die Diagnose Depression sei kein selbstständiges Beschwerdebild, sondern vielmehr ein Symptom der MS und das Auftreten von Symptomen einer

- 9 -

vorbestehenden, rückfallgefährdenden Krankheit sei nicht als selbstständige Neuerkrankung aufzufassen, sondern als Fortdauern einer bereits eingetretenen Krankheit. Aufgrund der medizinischen Aktenlage sei schlüssig belegt, dass der Kläger ab 2004 aufgrund der seit 1989 bildgebend bereits manifesten MS dauerhaft arbeitsunfähig gewesen sei.

### **E. 3.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984 S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisansforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Dieser im Sozialversicherungsprozess allgemein gültige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gelangt auch im Klageverfahren betreffend Leistungen aus der Zusatzversicherung zur Anwendung (CHRISTINE GRÜNIG, Verfahrensfragen in der Krankenversicherung, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Hrsg. Hans-Jakob Mosimann, Zürich 2001, S. 193 mit Hinweisen).

### **E. 3.4.1**

Den medizinischen Akten kann Folgendes entnommen werden: Ab 7. Juni 2004 trat beim Kläger eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer akuten Erschöpfungsdepression ein. Dr. med. C. stellte in seinem Bericht vom

#### **E. 3.4.2.1**

Was den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D. anbelangt, so weist dieses gemäss Beurteilung von Dr. med. E. vom 18. Juni 2008 (KB 19, S. 3) erhebliche Schwächen auf,

welche auf eine wenig differenzierte klinisch-neurologische Untersuchung zurückzuführen seien. So beschreibe der Verfasser des Gutachtens zwar das pathologische Reflexverhalten, es gelinge ihm aber nicht, diesen Befund syndromal zuzuordnen. Auch die neurophysiologische Diagnostik liefere eine Reihe widersprüchlicher Befunde. Völlig unberücksichtigt blieben die bildmorphologisch nachgewiesenen pathologischen Auffälligkeiten im Bereich des Zentralnervensystems, die bereits im MRT des Neurocraniums vom 12. September 2006 erwähnt worden seien. Der Gutachter konzentrierte sich ausschliesslich auf die Befunde des leichten sensiblen und autonomen Polyneuropathiesyndroms unklarer Ätiologie, während dem die letztlich unklaren, bildmorphologisch nachgewiesenen Strukturen des Zentralnervensystems, die mit hoher Wahrscheinlichkeit als Ursache einer Antriebsstörung und einer Störung der Konzentration und Merkfähigkeit anzusehen sein könnten, unberücksichtigt blieben. Das Gutachten von Dr. med. D. sei deshalb nicht geeignet, als Grundlage zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versicherten Anwendung zu finden. Auch Dr. med. B. (b.-Gutachten Ziff. 7.8) ist der Auffassung, dass die Stellungnahme von Dr. med. E. zum Gutachten von Dr. med. D. insofern schlüssig und zutreffend sei, als sich das Gutachten von Dr. med. D. hauptsächlich mit der Nebendiagnose eines restless legs Syndroms mit dem Ausschluss einer Polyneuropathie als Ursache von Beinschmerzen auseinandersetze, ohne der Ursache der Beinschmerzen weiter nachzugehen (nämlich einer cervicalen entzündlichen Myelopathie im Rahmen einer multiplen Sklerose) und das Hauptproblem des Versicherten, die neuropsychologischen Ausfälle, abzuklären. Dr. med. B. kommt deshalb ebenfalls zum Schluss, dass das Gutachten von Dr. med. D. nicht schlüssig und im zentralen Punkt unvollständig ist. Das Gutachten von Dr. med. D. genügt den Anforderungen der Rechtsprechung daher nicht, da dieses weder für die streitigen Belange umfassend noch in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist. Zudem wurde es nicht in Kenntnis der vollständigen Anamnese (im Juni 1989 aufgetretene akute Ausfallsymptomatik resp. Lähmung und Ausfall der Sensibilität der ganzen linken Körperseite; vgl. b.-Gutachten Ziff. 7.8) abgegeben. Auf das Gutachten von Dr. med. D. kann nach dem Gesagten nicht abgestellt werden.

- 13 -

#### **E. 3.4.2.2**

Das b.-Gutachten vom 25. Juni 2010 erfüllt hingegen sämtliche nach der Rechtsprechung vorausgesetzten Kriterien für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Dr. med. B. erhob eine ausführliche Anamnese, setzte sich eingehend mit den vom Kläger geklagten Beschwerden auseinander und gründete seine Beurteilung auf den Ergebnissen eigener Untersuchungen. Schliesslich vermögen die nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerungen, wonach beim Kläger eine schleichend progrediente Encephalomyelitis disseminata besteht und es sich bei der im Juni 1989 aufgetretenen akuten Ausfallsymptomatik um einen ersten Schub der Encephalomyelitis disseminata handelte und aus neurologischer Optik sowohl die früheren, wie auch die aktuell weiter persistierenden neuropsychologischen Leistungseinbussen mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit direkt auf die organisch bedingten neuropsychologischen Ausfälle und nicht nur auf eine Depression zurückzuführen sind, auch inhaltlich zu überzeugen. Das Gleiche hat auch in Bezug auf die Schlussfolgerung von Dr. med. B., eine erste richtungsweisende Verschlechterung sei seit Sommer 2004 und erneut seit Sommer 2006 festzustellen und die seit Juni 2004 bestehende Arbeitsunfähigkeit sei teilweise Folge der diagnostizierten

Encephalomyelitis, zu gelten. Dem Gutachten von Dr. med. B. vom 25. Juni 2010 kommt daher voller Beweiswert zu, weshalb darauf abgestellt werden kann.

### **E. 3.5**

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass es sich bei der Erkrankung Encephalomyelitis disseminata resp. multiple Sklerose, welche ab dem 10. Juli 2006 erneut zu einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers führte, um die gleiche Krankheit handelt, welche zwischen dem 21. Juni 2004 und dem

### **E. 4**

Mit Replik und Widerklageantwort vom 29. Juni 2012 stellte der Kläger und Widerbeklagte folgende Rechtsbegehren:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von CHF 150'529.25 nebst Zins von 5% seit dem 1. Juli 2007 (mittlerer Verfall) zu bezahlen.

2. Die Widerklage der Beklagten sei vollumfänglich abzuweisen.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten."

### **E. 5**

Am 31. Juli 2012 liess die Beklagte und Widerklägerin die Duplik einreichen und stellte folgende Rechtsbegehren:

"1. Die Klage vom 1. Dezember 2012 sei vollumfänglich abzuweisen.

- 4 -

2. Es sei gerichtlich festzustellen, dass der Kläger die Forderung von CHF 33'034.-- bestehend aus - der definitiven Prämienrechnung 2007 von CHF 234.--, - den Prämien vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 in der Höhe von CHF 32'200.-- - den Mahnkosten von CHF 150.-- - Bearbeitungskosten von CHF 350.-- - Betreuungskosten von CHF 100.-- anerkennt.

3. Es sei der Kläger (und Widerbeklagte) widerklageweise zur Zahlung von CHF 343'509.95 nebst Zins zu 5% seit wann rechtens an die Beklagte zu verpflichten.

Eventualiter: Es sei der Kläger (und Widerbeklagte) widerklageweise zur Zahlung von CHF 181'344.15 nebst Zins zu 5% seit wann rechtens an die Beklagte und Widerklägerin zu verpflichten.

Subeventualiter: Es sei der Kläger (und Widerbeklagte) widerklageweise zur Zahlung von CHF 34'575.65 nebst Zins zu 5% seit wann rechtens an die Beklagte und Widerklägerin zu verpflichten.

-alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge-"

### **E. 6.1**

Wenn keine Partei vollständig obsiegt, werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO).

Zur Bestimmung der Prozesskosten werden die Streitwerte zusammerechnet, sofern sich die Klage und die Widerklage nicht gegenseitig ausschliessen (Art. 94 Abs. 2 ZPO). Keine Zusammenrechnung findet dann statt, wenn die Widerklage lediglich die Verneinung des klägerischen Rechtsbegehrens darstellt (RÜEGG, in: Basler Kommentar, Schweizeri-

sche Zivilprozessordnung, Basel 2010, N. 3 zu Art. 94 ZPO). Im vorliegenden Fall stellt die Widerklage nicht bloss die Verneinung der Klage dar. Daher sind die Streitwerte zusammenzuzählen.

## **E. 6.2**

Mit seinem Klagebegehren beantragt der Kläger eine Leistung von Fr. 150'529.25. Die Beklagte beantragt eine Leistung von Fr. 343'509.95 und die Feststellung der Anerkennung einer Forderung von Fr. 33'034.00. Bei einem Streitwert von gesamthaft Fr. 527'073.20 unterliegt der Kläger somit zu rund 3/10 und die Beklagte zu rund 7/10. Die Beklagte hat dem Kläger daher 4/10 seiner Parteikosten zu ersetzen.

Ausgehend vom Streitwert von Fr. 527'073.20 beläuft sich die Grundentschädigung auf Fr. 31'693.40 (§ 3 Abs. 1 lit. a Ziff. 8 des Dekrets über die Entschädigung der Anwälte [Anwaltstarif, AnwT, SAR 291.150]). Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 30 % wegen nicht durchgeführter Verhandlung (vgl. § 6 Abs. 2 AnwT) und eines Zuschlags von 10 % für eine zusätzliche Rechtschrift (vgl. § 6 Abs. 3 AnwT) ergibt sich eine Parteientschädigung von Fr. 25'354.72. Mit 4/10 davon hat die Beklagte dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 10'141.90 zu entrichten.

Das Versicherungsgericht erkennt:

## **E. 10**

Juli 2006 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden.

2.2. 2.2.1. Gemäss Art. 9 VVG ist ein Versicherungsvertrag – vorbehaltlich hier nicht interessierender Ausnahmen (vgl. Art. 100 Abs. 2 VVG) – u.a. dann nichtig, wenn im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war. Die Gefahr, gegen deren Folgen versichert wird, muss sich auf ein zukünftiges Ereignis beziehen; ist dieses bereits eingetreten, ist eine künftige Verwirklichung der Gefahr nicht möglich. Eine sogenannte Rückwärtsversicherung, bei welcher der Versicherer die Deckung für ein bereits vor Vertragsschluss eingetretenes Ereignis übernimmt, ist unzulässig, unabhängig davon, ob der entsprechende Schaden vor oder nach Vertragsschluss eintritt. Ob die Vertragsparteien vom Eintritt des Ereignisses bei Vertragsschluss Kenntnis hatten, ist unerheblich (BGE 127 III 21 ff. E. 2b/aa mit Hinweisen). Das Rückwärtsversicherungsverbot ist eine zwingende, nicht derogierbare Vorschrift des Bundesrechts (BGE 127 III 25 E. 2b/bb in fine). Es ist somit irrelevant, wie die allgemeinen Versicherungsbedingungen im Kontext auszulegen sind und ob allenfalls durch Stillschweigen eine individuelle, anderslautende Parteiabrede anzunehmen wäre. Wenn eine Krankheit diagnostiziert ist, von der angenommen werden muss, dass sie zu einer Erwerbsunfähigkeit führt, so ist sie nach der Praxis des Bundesgerichts nicht mehr versicherbar, selbst wenn sie bei Vertragsabschluss nicht sichtbar zutage trat. Dies trifft auch dann zu, wenn bei einem normalen Krankheitsverlauf mit einem Rückfall gerechnet werden muss. Hingegen liegt keine Vertragsnichtigkeit vor, wenn der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss noch keine Kenntnis von der Krankheit hatte, keine medizinische Diagnose vorlag und nichts darauf hindeutete, dass das versicherte Ereignis eintreten werde (VVG-Kommentar, Nachführungsband 2012, Art. 9 ad N 14/15, S. 74 mit Hinweis auf BGE 136 III 334 = Pra 2011 [Nr. 20], S. 140 f.).

2.2.2. Mit Wirkung ab 1. Januar 2004 schloss der Kläger mit der Beklagten einen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag ab (Police- Nr. \_\_\_\_\_, AB 9/3). Eine Arbeitsunfähigkeit bestand im damaligen Zeitpunkt nicht und wird von der Beklagten auch nicht geltend gemacht. Am 14. Juni 2004 meldete der Kläger bei der Beklagten eine seit dem 7. Juni 2004 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer akuten Erschöpfungsdepression, worauf die Beklagte nach Ablauf der Wartefrist die vertraglich geschuldeten Taggelder leistete (Arztzeugnis / Krankmeldung vom 15. Juni 2004, KAB 9/6; ärztlicher Bericht Dr. med. F. vom 2. Oktober 2004, AB 9/11; Schreiben Beklagte vom 22. Dezember 2006, KB 3). Dr. med. C., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, \_\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 14. März 2005 (AB 5) die Diagnose einer Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion nach ICD-10 F.43.21. Im Verlaufe des Jahres 2006 traten beim Kläger zunehmende schmerzende Sensationen an Ober- und Unterschenkel auf, worauf dieser am 12. September 2006 in der Klinik G., \_\_\_\_\_, abgeklärt wurde. Ein MRT des Neurocraniums zeigte dabei cerebrale Veränderungen, welche bildgebend suspekt auf eine entzündliche demyelinisierende Affektion hinwiesen (Bericht Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2006, KB 9). Im Gutachten von Dr. med. B., \_\_\_\_\_, Zentrum für Neurologie, \_\_\_\_\_, vom 25. Juni 2010 (KB 24; AB 2/1/2; nachfolgend b.-Gutachten genannt) wurde beim Kläger erstmals die Diagnose Encephalomyelitis disseminata (auch als multiple Sklerose bezeichnet) mit initial schubförmigem und sekundär chronisch-progredientem Verlauf (ICD-10 G 35.30) gestellt. Weiter wurde im b.-Gutachten festgehalten, dass es sich bei der im Juni 1989 aufgetretenen akuten Ausfallsymptomatik (Lähmung und Ausfall der Sensibilität der ganzen linken Körperseite), aufgrund welcher der Kläger damals notfallmässig rund sechs Tage im Kantonsspital z. hospitalisiert werden musste, um einen ersten Schub der Encephalomyelitis disseminata handelte. Anlässlich einer ambulanten Untersuchung in der neurologischen Klinik des Kantonsspitals z. im Dezember 1989 wurde weiterer Abklärungsbedarf und Therapiebedürftigkeit aber verneint, da die Ausfälle regredient waren. Seither leidet der Kläger jedoch unter einer permanenten Schmerz- und Temperaturempfindungsstörung der linken Körperseite (b.-Gutachten Ziff. 1.1, Ziff. 1.2 und Ziff. 5; Gutachten PD Dr. med. D. vom 28. März 2008, [AB 5/2 S. 8 und 9]). Aufgrund der medizinischen Aktenlage bestand im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses somit noch keine Diagnose der Encephalomyelitis disseminata; ebenso wenig hatte der Kläger im damaligen Zeitpunkt Kenntnis vom Bestehen dieser Krankheit. Nichts deutete darauf hin, dass die Krankheit Encephalomyelitis disseminata eintreten würde, was von der Beklagten im Übrigen auch nicht geltend gemacht wird. Die im b.-Gutachten diagnostizierte Encephalomyelitis disseminata, deren erster Schub im Jahr 1989 auftrat, war demnach im Rahmen des mit der Beklagten abgeschlossenen Kol-

- 8 -

lektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrages versicherbar. Eine Teilnichtigkeit (Art. 9 VVG i.V.m. Art. 20 Abs. 2 OR) in Bezug auf die Encephalomyelitis disseminata (multiple Sklerose) ist demnach zu verneinen.

3.

#### **E. 14**

Februar 2006 im Umfang der von Dr. med. B. bezeichneten Arbeitsunfähigkeiten (b.-Gutachten Ziff. 7.11; E. 3.4.1. vorstehend) bereits eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers

bewirkt hatte, und wofür der Kläger entsprechend der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, welche gemäss b.-Gutachten teilweise Folge der multiplen Sklerose und teilweise Folge der depressiven Erkrankung war, Taggelder der Beklagten bezogen hatte. Ein neuer Krankheitsfall im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen liegt nach dem Gesagten nicht vor (E. 3.1. vorstehend). Die Klage ist daher abzuweisen.

4. Bei dieser Ausgangslage kann offengelassen werden, ob die Leistungspflicht der Beklagten – wie von dieser geltend gemacht (Klageantwort S. 18 f., Duplik S. 5) – im massgebenden Zeitpunkt (10. Juli 2006) im Sinne von Art. 20 Abs. 3 VVG ruhte.

5. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

- 14 -

6. Gemäss rechtskräftiger Dispositivziffer 2 des Urteils vom 5. Februar 2013 unterliegt die Beklagte mit ihrem Widerklagebegehren vollumfänglich; aufgrund der obenstehenden Ausführungen gilt das Gleiche auch für den Kläger mit seinem Klagebegehren.

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