

FR_GERICHTE 608 2019 13 vom 10. Dezember 2020

FR Kantonsgericht, 2020-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_13

FR: FR_GERICHTE 608 2019 13 du 10 décembre 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 13 del 10 dicembre 2020

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 30

avril et 31 juillet 2012, l'assuré a indiqué à l'office AI qu'il n'avait plus besoin de son soutien car il avait repris son activité habituelle à 100 % dès le 30 avril 2012. Par décision du 19 novembre 2012, l'office AI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré avait présenté une incapacité de travail inférieure à une année. A.b. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 28 avril 2014. A la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie, il s'est soumis à une expertise rhumatologique. Dans un rapport du 16 juin 2014, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques dans un contexte de discopathies lombaires avec hernie L5-S1 droite, une épicondylite gauche inflammatoire et des scapulalgies bilatérales d'origine indéterminée; le médecin a retenu que l'activité de manœuvre était contre-indiquée depuis décembre 2013. Les 18 décembre et 28 octobre 2014, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que l'assuré présentait une évolution défavorable; il se plaignait moins de ses problèmes de bras et d'épaule mais souffrait toujours de sa jambe droite; il avait de plus de grandes difficultés digestives liées à son changement de traitement contre le HIV et présentait probablement un état dépressif réactionnel. A l'invitation de l'office AI, elle a précisé que l'assuré avait besoin d'une nouvelle formation, d'être encadré et soutenu psychologiquement; à ce prix, le pronostic était plutôt favorable (avis du 18 mars 2015). Par avis du 10 avril 2015, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a constaté que l'assuré présentait plusieurs atteintes ostéo-articulaires contre-indiquant une activité lourde et rendant nécessaire un changement d'activité professionnelle. Dans une activité adaptée, le médecin a indiqué que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 %, sans diminution de rendement. Par décision du 5 octobre 2015, l'office AI a nié le droit de A._____ à des prestations de l'assurance-invalidité. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 15 décembre 2016. Par décision du 26 avril 2017, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. La IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision (arrêt 608 2017 110 du 6 mars 2018). A.c. A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations le 25 septembre 2018, précisant souffrir de «problèmes psychiatriques». Le 18 octobre 2018, l'office AI a invité l'assuré à apporter la preuve d'une aggravation de son état de santé. Par avis du 20 novembre 2018, le Dr B._____, médecin auprès de l'établissement sanitaire ambulatoire «G._____», a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était «relativement» stabilisé sur un plan psychique

après une année de traitement et que le pronostic était favorable (surtout si l'assuré arrivait à s'insérer

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 socialement et professionnellement). Par avis du 11 décembre 2018, le médecin du SMR a constaté que le Dr B. _____ ne rendait notamment pas plausible une modification de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail. Par décision du 13 décembre 2018, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. B. Contre cette décision, A. _____, représenté par le Dr B. _____, interjette recours auprès du Tribunal cantonal. Il fait valoir que la décision de non-entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations est «totalement injuste». Les 12 et 21 février 2019, l'assuré a déposé une procuration, autorisant expressément le Dr B. _____ à le représenter devant le Tribunal cantonal, puis a déposé une demande d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Dans sa réponse du 1er avril 2019, l'office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il produit un nouvel avis du médecin de son SMR (du 13 mars 2019). Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165). Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). La

reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral précise, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). 2.3. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer

(ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 2.4. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées; arrêts TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2; I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt TF 9C_601/2018 du 2 novembre 2018 consid. 3.2). A ce propos, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. La conviction de l'administration ou du juge n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification déterminante est survenue; des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêt TF 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 et les références). La jurisprudence en matière de nouvelle demande considère que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à cette procédure dans la mesure où l'assuré a eu l'occasion de présenter des pièces médicales pour rendre plausible une modification de la situation. Dans ce cas, le juge est en droit d'apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant

l'administration et n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt TF 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêts TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid.3.2; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – par application analogique des règles régissant la révision de l'art. 17 LPGA – la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3.2.3). 3. Est litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la décision de l'office AI du 5 octobre 2015. 3.1. Reproduisant de larges extraits de l'avis du Dr B. _____ du 20 novembre 2018, le recourant reproche à l'autorité intimée de n'avoir pas demandé l'avis d'un psychiatre en 2015 et, donc, de n'avoir pas pris en compte à l'époque ses «symptômes» (cadre extrême d'agitation, impulsivité et instabilité émotionnelle). Il soutient que sa symptomatologie «quoique beaucoup plus légère» avait causé l'échec des mesures de réinsertion professionnelle. Après avoir débuté un suivi psychiatrique le 5 décembre 2017, il fait valoir que son état de santé s'était aujourd'hui «relativement» stabilisé; le pronostic était favorable, surtout s'il arrivait à s'insérer socialement et

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 professionnellement. Aussi, il demande à ce que l'office intimée entre en matière sur sa nouvelle demande de prestations puis l'aide à se réinsérer sur le marché «normal» du travail. 3.2. Dans sa réponse, l'office AI produit un nouvel avis du médecin de son SMR (du 13 mars 2019). Le Dr F. _____ y relève que le recours n'apporte notamment aucun élément médical objectif nouveau. Le recourant ferait d'ailleurs valoir par le biais de son médecin que les symptômes psychiatriques étaient déjà présents en 2015 et en amélioration depuis lors (avec un pronostic favorable et une réinsertion professionnelle possible). 4. 4.1. Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 5 octobre 2015, la situation médicale du recourant a été évaluée sur la base du rapport d'expertise du Dr D. _____ du 16 juin 2014. Cet expert retenait les diagnostics de lombosciatalgies chroniques dans un contexte de discopathies lombaires avec hernies L5-S1 droite, d'épicondylite gauche inflammatoire et de scapulalgies bilatérales d'origine indéterminée. Il estimait que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle de manœuvre de chantier depuis décembre 2013, mais que des mesures professionnelles semblaient indiquées en vue de reprendre une activité professionnelle adaptée. Il relevait en outre que le pronostic en termes de reprise de travail était réservé également pour des

raisons non médicales, telles que la longue durée d'incapacité de travail et l'absence de certification professionnelle. Dans son rapport du 18 décembre 2014, la Dre E. _____ évoquait une évolution défavorable. Elle indiquait que l'assuré se plaignait moins de ses problèmes de bras et d'épaule, mais qu'il souffrait toujours de sa jambe droite. En outre, elle relevait qu'il avait de grandes difficultés digestives liées à son changement de traitement contre le HIV et qu'il présentait probablement un état dépressif réactionnel. Dans son rapport du 18 mars 2015, le médecin traitant retenait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une omalgie droite, une épicondylite gauche, un état dépressif et un changement de traitement contre le VIH avec nausées. L'assuré avait selon la Dre E. _____ besoin d'une nouvelle formation, d'être encadré et soutenu psychologiquement; à ce prix, le pronostic était à son avis plutôt favorable. Elle considérait néanmoins que l'assuré pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée (p. ex. cariste, éventuellement grutier, gestionnaire de stock, vendeur dans un «garden center»), sans diminution de rendement. Sur cette base, l'autorité intimée a procédé au calcul du taux d'invalidité et retenu qu'il était insuffisant (6 %) pour ouvrir le droit à des prestations. 4.2. A l'inverse de ce que prétend le recourant, l'avis du 20 novembre 2018 ne contient en l'espèce aucun élément rendant plausible une aggravation de son état de santé sur un plan psychique. Au contraire, la Dre E. _____ avait déjà indiqué, le 18 mars 2015, qu'il avait besoin d'une nouvelle formation (professionnelle), ainsi que d'être encadré et soutenu psychologiquement. Trois ans plus tard, le Dr B. _____ ne fait que confirmer que le recourant a répondu favorablement à l'instauration d'un suivi thérapeutique et que le pronostic est «relativement» favorable (alors que la Dre E. _____ mentionnait un pronostic «plutôt» favorable à l'époque). Certes, tout comme le médecin traitant en 2015, le Dr B. _____ recommande la mise en place d'un soutien de la part de l'office AI afin d'aider le recourant à se réinsérer professionnellement. Cependant, le seuil minimum fixé par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403; 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Or les vagues hypothèses diagnostiques avancées par le Dr B. _____ ne permettent nullement de rendre plausible l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan psychique. Dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, l'assuré méconnaît enfin le fait qu'il ne peut pas se borner à renvoyer à un avis psychiatrique qui aurait dû selon lui être recueilli d'office par l'administration en 2015. Dans la mesure où le recourant ne rend pas plausible que ses difficultés de réinsertion résulteraient d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychique (et non pas de facteurs psychosociaux ou socioculturels étrangers à l'invalidité), l'office intimé a refusé à juste titre d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 5. Ensuite des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 13 décembre 2018 confirmée. Le recours étant d'emblée dénué de chance de succès, la requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure est rejetée (art. 61 let. f LPGA), sans qu'il soit nécessaire d'examiner encore la condition de l'indigence. Succombant, le recourant doit supporter les frais de procédure. Vu les circonstances, il se justifie néanmoins de renoncer à percevoir de tels frais (art. 129 al. 1 let. a CPJA). Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 13) est rejeté et la décision du 13 décembre 2018 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire partielle (608 2019 62) est rejetée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent

jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du recourant doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 10 décembre 2020/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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