

# **GE\_GERICHTE ATAS/1237/2011 vom 12. Dezember 2011**

GE Cour de justice, 2011-12-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1237\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1237_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1237/2011 du 12 décembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1237/2011 del 12 dicembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a.).

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

### **E. 5**

En premier lieu, il convient d'examiner si l'OAI a enregistré de manière systématique les documents pouvant être déterminants.

A/1501/2011 - 10/18 - En vertu de l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Il en découle que le dossier doit former un tout complet et cohérent au moment où la décision est rendue. Cette exigence est d'une part le corollaire obligé du droit de consulter le dossier (art 29 al. 2 Cst); elle sert d'autre part à garantir les prises de décisions conformes au droit (ATAF C-8355/2007 du 23 juin 2009 consid. 7.1.1 ; ATF 130 II 473 consid. 4.1; ATF 9C\_231/2007 du 5 novembre 2007 consid. 3). La loi ne pose pas d'exigences concrètes quant à la manière dont les documents doivent être maniés, paginés, indexés, etc. L'obligation qui est faite à l'administration d'avoir la charge de la gestion du dossier est le pendant du droit de l'assuré d'avoir accès au dossier, conformément à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 372 consid. 3b), en ce sens que le droit d'avoir accès au dossier de l'assuré est une condition du devoir de gestion du dossier de l'administration (ATF 130 II 473 consid. 4.2 et ATF 9C\_231/2001 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). Ce qui est déterminant est l'établissement d'un dossier de manière systématique. Cela suppose que le dossier soit classé d'après des critères généraux, de manière appropriée et conformément à l'objectif envisagé. La manière de classer les documents doit avoir lieu, de sorte que l'activité de l'administration puisse être retracée et

être comprise. Les assurés doivent ainsi être en mesure de déterminer comment les faits ont été établis et la décision prise (KIESER Ueli, ATSG- Kommentar, 2ème édition, 2009, ad art. 46, no 13, p. 588 et ATF 8C\_319/2010 du 15 décembre 2010 consid. 2.2.2).

#### **E. 6**

En l'espèce, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que l'accès à son dossier lui était rendu difficile, car celui-ci ne comporte pas de liste ou de résumé de toutes les pièces qui y figurent. La Cour de céans constate que certes l'OAI n'a pas établi de liste ou de résumé des pièces du dossier de la recourante. Toutefois, les documents sont tous classés de manière chronologique depuis la communication en vue d'une détection précoce en date du 10 février 2010 et sont tous numérotés. De plus, le classement des différents documents de manière chronologique permet à la recourante de comprendre aisément, d'une part, la manière de procéder de l'OAI, les raisons qui ont poussé celui-ci à ordonner différentes mesures d'instruction, soit par exemple le stage aux EPI ou l'examen rhumato-psychiatrique et, d'autre part, la motivation de la décision. Cette classification chronologique est ainsi appropriée. Par ailleurs, quand bien même le dossier de l'OAI comporte 82 documents - ce qui n'est pas excessif -, une lecture rapide du dossier permet de trouver facilement les documents médicaux ou économiques qui y figurent, de sorte qu'en l'espèce, l'absence de numérotation listage de la totalité des pièces ne prétérite pas la lecture du dossier ni, à fortiori,

A/1501/2011 - 11/18 - l'accès à celui-ci. En outre, un bordereau de pièces ne permettrait pas, au vu du nombre de pièces non pertinentes pour l'issue du litige, un meilleur aperçu du dossier. Pour le surplus, il n'apparaît pas que l'OAI n'ait pas géré le dossier de la recourante de manière transparente. Partant, le grief de la recourante doit dès lors être rejeté.

#### **E. 7**

En deuxième lieu, il s'agit de déterminer la capacité de travail de la recourante et son degré d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). b) 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée

aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

A/1501/2011 - 12/18 - exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

## **E. 8**

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de

vue psychique (profit primaire

A/1501/2011 - 13/18 - tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

## **E. 9**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant

A/1501/2011 - 14/18 - c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du

### **E. 13**

mars 2000, I 592/99). En particulier, dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport SMR signé par le docteur I\_\_\_\_\_ avec l'indication « Psychiatre FMH » ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque cette autorisation lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres du docteur I\_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical, d'une valeur probante affaiblie. d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de

A/1501/2011 - 15/18 - l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 10. a) En l'espèce, la décision litigieuse est fondée sur l'examen rhumato-psychiatrique effectué en date du 3 novembre 2010 par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR. Ils ont posé les diagnostics suivants, indiquant qu'ils n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail : une fibromyalgie, des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire (discopathie L5-S1), des antécédents de tendinite de De Quervain à gauche et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. La capacité de travail de la recourante était entière dans l'activité habituelle, dans une activité se situant dans son domaine de compétence (onglerie et pédicure) ou dans une activité adaptée. La Cour de céans constate que ce rapport a été établi à la suite d'un examen rhumatologique et psychiatrique de la recourante, en tenant compte de ses plaintes, de son dossier médical et qu'il est fondé sur une anamnèse familiale, professionnelle, médicale, psychosociale et psychiatrique. Il n'est toutefois que peu motivé. En effet, d'une part, le rhumatologue expose ses constatations

sans les discuter, retenant une fibromyalgie, en expliquant en substance qu'aucune atteinte significative n'a été mise en exergue. D'autre part, le psychiatre confirme le diagnostic d'épisode dépressif moyen et exclut celui de dépression sévère, évoquant l'absence d'idées suicidaires. Toutefois, il ne mentionne pas les symptômes qui lui permettent d'arriver à la conclusion que l'épisode dépressif est de degré moyen. En outre, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, les médecins s'expriment en termes généraux, déclarant qu'il convient de suivre les conseils d'usage habituels s'agissant de l'épargne du rachis et la recommandation par rapport au port de poids établi par la SUVA en relation avec l'âge et le sexe de l'assurée, sans déterminer, dans le cas de la recourante, quelles sont précisément ses limitations fonctionnelles dans l'exercice d'une activité lucrative. De plus, on ne sait pas, à la lecture de ce rapport d'examen, si son atteinte à la santé psychique pourrait limiter la recourante dans une telle activité. Par ailleurs, les examinateurs relèvent que celle-ci se plaint notamment d'une anxiété généralisée en relation avec son état de santé somatique, mais retiennent que l'examen n'a pas permis d'objectiver d'anxiété généralisée, sans autre explication, ce qui paraît contradictoire. Au vu de ces éléments, le rapport des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. Pour le surplus, la recourante fait valoir notamment que le Dr F\_\_\_\_\_ s'est prévalu du titre de psychiatre « FMH », alors même qu'il n'était pas inscrit au registre FMH, ce que l'intimé a implicitement admis dans son écriture du 21 juillet 2011. La Cour de céans estime toutefois qu'il n'est pas nécessaire de requérir, en l'occurrence, des informations complémentaires auprès de la Fédération des médecins suisses ou de se déterminer plus précisément sur cette question, dans la

A/1501/2011 - 16/18 - mesure où cet élément ne vient que s'ajouter au fait que le rapport des médecins du SMR ne présente pas, en tout état de cause, de valeur probante. Il sera toutefois souligné que quand bien même un médecin remplit les conditions pour solliciter son inscription auprès de la FMH, mais ne le fait pas, il ne saurait signer en qualité de psychiatre « FMH », attendu qu'il n'est effectivement pas membre de la Fédération des médecins suisses. En procédant de la sorte, il se prévaut d'un titre auquel il ne peut prétendre, ce qui permet de douter de la valeur probante d'un tel rapport médical, même si le médecin est habilité à exercer à titre de médecin dépendant ou indépendant en Suisse (ATF I 65/07 du 31 août 2007 consid. 3). b) Quant aux divers rapports des médecins ayant suivi ou examiné la recourante, soit les Drs A\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ ou G\_\_\_\_\_, ils ne sont pas susceptibles d'apporter une réponse définitive sur l'état de santé somatique et psychique de la recourante ainsi que sur sa capacité de travail, dans la mesure où ils ne sont pas suffisamment motivés pour qu'on puisse uniquement se fonder sur leurs rapports. c) Eu égard aux doutes qui subsistent quant à la sévérité du trouble dépressif dont souffre la recourante et aux conséquences des troubles somatiques et psychiatriques sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur sa capacité de travail et partant, sur son degré d'invalidité. 11. a) Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 9C\_243/2010

du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011). b) En l'occurrence, la décision litigieuse se base sur un seul rapport, soit sur un rapport d'examen du SMR qui n'a pas valeur probante au sens de la jurisprudence, car il présente une motivation déficiente, les points essentiels ne pouvant pas être établis, et il semblerait également que l'un des examinateurs s'est prévalu d'un titre auquel il ne pouvait pas prétendre. Ces éléments justifient de renvoyer la cause à

A/1501/2011 - 17/18 - l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique, ce d'autant plus qu'aucune expertise n'a été réalisée par l'OAI, mais uniquement un examen SMR. 12. a) Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'OAI, à charge pour lui de mettre en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique, confiée à des experts indépendants, afin de déterminer précisément les atteintes de la recourante, leurs répercussions sur sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles. b) La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'OAI.

A/1501/2011 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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