

GE_GERICHTE ATAS/133/2012 vom 20. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_133_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/133/2012 du 20 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/133/2012 del 20 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du

E. 2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272). Toutefois, la demande ayant été introduite le 22 décembre 2010, en application de l'art. 404 CPC, la procédure reste régie par les dispositions légales en vigueur avant le 1er janvier 2011, à savoir la LFors, dont l'art. 22 al. 1 let. a prescrit qu'en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. Sont réputés contrats conclus avec des consommateurs les contrats portant sur une prestation de consommation courante destinée aux besoins personnels ou familiaux du consommateur et qui a été offerte par l'autre partie dans le cadre de son activité professionnelle ou commerciale (art. 22 al. 2 LFors). Il s'agit d'un for impératif. À l'instar du Conseil fédéral (Message du 18 novembre 1998 in FF 1999 2591), la doctrine considère que le contrat d'assurance est un contrat conclu avec un consommateur (DONZALLAZ, Commentaire de la loi fédérale sur les fors en

A/4448/2010 - 7/15 - matière civile, Berne, 2001, p. 510 ; HOHL, Procédure civile, tome II, Berne, 2002, p. 59). Il découle de ce qui précède qu'il existe un for au domicile du demandeur, soit en l'espèce le Canton de Genève, de sorte que la Cour de céans est également compétente à raison du lieu.

E. 3

a) S'agissant des règles de procédure applicables, l'art. 404 al. 1 CPC prévoit que les procédures en cours à l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit de procédure jusqu'à la clôture de l'instance. A teneur de l'art. 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; E 5 10), les dispositions de la LPA demeurent applicables aux procédures pendantes devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (anciennement Tribunal cantonal des assurances sociales) en tant qu'il n'y est pas dérogé. En l'espèce, s'agissant d'une procédure introduite avant le 1er janvier 2011, les dispositions de procédure de la LPA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 demeurent applicables. b) À raison de la forme, la demande en paiement respecte les conditions de la LPA (art. 89B LPA). Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, comme en l'espèce,

l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves. La procédure est gratuite et le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie des frais (art. 85 al. 2 et 3 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, LSA, en vigueur entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2010 ; RS 961.01). Déposée par l'assuré devant la juridiction compétente le 22 décembre 2010, pour des prestations d'assurance dès le 25 juillet 2009, la demande est par conséquent recevable.

E. 4

La LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) est entrée en vigueur le 1er janvier 2006, respectivement le 1er janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1er janvier 2007 (ATF 130 V 446 consid. 1, ATF 129 V 4 consid. 1.2), étant donné que l'hospitalisation à l'origine de la demande de prestations a débuté le 25 juillet 2009.

E. 5

Le litige porte sur la prise en charge par la défenderesse des frais liés aux traitements prodigués lors de l'hospitalisation du demandeur en division semi-

A/4448/2010 - 8/15 - privée du 25 juillet au 26 août 2009, et plus particulièrement la facture du Dr A_____.

E. 6

Préalablement, il convient de constater que la conclusion du demandeur concernant l'appel en cause du Dr A_____ doit être rejetée, dans la mesure où la situation juridique de ce médecin n'est pas susceptible d'être affectée par l'issue de cette procédure. En effet, dans l'hypothèse où la Cour de céans arriverait à la conclusion que la défenderesse n'est pas tenue de prendre en charge la totalité de la note d'honoraires établie par le Dr A_____, elle n'aurait, quoi qu'il en soit, pas la compétence matérielle pour se prononcer sur la question de savoir si l'assuré doit prendre intégralement ou partiellement à sa charge le montant litigieux, cette question relevant de la compétence du juge civil et non pas de la Chambre de assurances sociales (art. 134 LOJ).

E. 7

a) Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996, au droit privé et, plus particulièrement, à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal ; cf. ATF 124 III 44 consid. 1a/aa) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par cette loi (art. 100 al. 1er LCA). En matière d'assurances complémentaires, les parties sont donc, dans les limites de la loi, liées par l'accord qu'elles ont conclu, les caisses- maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires (ATF 124 V 201 consid. 3d ; ATAS/1104/2006). Ce qui précède a notamment pour conséquence que les grandes entreprises ancrent leurs contrats dans des formulaires et des Conditions générales d'assurance (CGA) qui réglementent de façon plus ou moins complète les relations entre les

parties contractantes. Les CGA peuvent se définir comme étant des conditions contractuelles pré-formulées en vue de la conclusion d'une multitude de contrats que l'une des parties impose à l'autre partie lors de la conclusion du contrat (cf. DUC, Assurance sociale et assurance privée, Staempfli, 2003, p. 26). b) La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au

A/4448/2010 - 9/15 - contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a).

E. 8

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Enfin, il sied ici de rappeler que si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 9

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le demandeur est au bénéfice d'une assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division semi-privée auprès de la défenderesse depuis le 1er septembre 1967. La défenderesse refuse la prise en charge totale des frais liés à l'hospitalisation du demandeur qui a eu lieu du 25 juillet au 26 août 2009 au motif que le Dr A_____ - qui a pratiqué l'intervention chirurgicale - n'a pas établi sa note

d'honoraires sur la base d'un accord tarifaire reconnu par la défenderesse. Elle se fonde pour cela sur l'art. 1 des CSA (édition 01.01.2007) qui limite la prise en charge des frais encourus lors d'hospitalisations en division semi-privée à la condition, notamment, que le médecin établisse ses décomptes sur la base d'accords tarifaires reconnus par la défenderesse. Le demandeur fait valoir, quant à lui, que cette restriction ne lui est pas applicable. La Cour de céans constate que la défenderesse n'a pas été en mesure de fournir les CGA et les CSA applicables au moment de la conclusion du contrat d'assurance, soit en 1967, de sorte que la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer le contenu précis des conditions contractuelles réglementant l'accord entre les parties.

A/4448/2010 - 10/15 - Cela étant, il résulte de la teneur des pièces versées à la procédure - Statuts de 1975 et de 1984 ; Règlements des prestations de 1989 et de 1992 ; CSA éditions 01.01.1997, 01.01.2000, 01.01.2003, 01.01.2004 et 01.01.2007 - que jusqu'au 31 décembre 2003, les conditions concernant la prise en charge des frais en cas d'hospitalisation posaient uniquement des exigences relatives à l'hôpital dans lequel avait lieu l'hospitalisation (voir par exemple art. E2 al. 2 CSA des éditions 01.01.1997, 01.01.2000 et 01.01.2003). A compter du 1er janvier 2004 en revanche, les CSA posent une exigence supplémentaire pour avoir droit aux prestations en cas d'hospitalisation, à savoir que le décompte du médecin doit être établi sur la base d'accords tarifaires reconnus par la défenderesse (CSA éditions 01.01.2004 et 01.01.2007). En effet, les CSA éditions 01.01.2000 et 01.01.2003 prévoyaient: « Classe de prestations 2 : division demi-privée (chambre à deux lits ou, exceptionnellement, à plusieurs lits, avec engagement tarifaire reconnu) d'un hôpital dans toute la Suisse, pour autant que celui-ci ait été intégré dans la planification hospitalière d'un canton et qu'il ait reçu un mandat de ce dernier. » (art. E2 al. 2) Sont réputés hôpitaux avec tarif reconnu, les hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé une convention fixant les tarifs ou les hôpitaux qui, sans avoir passé de convention, se tiennent à ces tarifs» (art. E2 al. 5) Dès le 1er janvier 2004, l'art. 1 des CSA a la teneur suivante : « Nous prenons en charge les prestations mentionnées aux art. 4 à art. 11, notamment les coûts d'un traitement hospitalier dans un hôpital pour soins aigus, une clinique de réadaptation ou dans une clinique psychiatrique en complément de l'assurance obligatoire des soins ou de notre assurance-maladie facultative avec les classes de prestations (CP) suivantes : CP 1 : tous les hôpitaux pour soins aigus, toutes les cliniques de réadaptation ou cliniques psychiatriques en Suisse. CP 2 (aussi désignée par H light) : uniquement les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics ; cliniques de réadaptation ou cliniques psychiatriques en Suisse (choix limité de l'hôpital) (al. 1). Conditions : - l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux du canton d'implantation et possède un mandat de prestations pour le traitement prévu ; - l'hôpital et le médecin établissent leurs décomptes sur la base d'accords tarifaires reconnus par notre société. Si ces conditions ne sont pas remplies, il n'y a aucun droit aux prestations. » (al. 2)

A/4448/2010 - 11/15 - La teneur des conditions contractuelles en vigueur avant le 1er janvier 2004 (que ce soit les Statuts, les Règlements ou les CSA) permet donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment de la conclusion du contrat d'assurance en 1967, les conditions pour la prise en charge des coûts d'un traitement hospitalier en division semi-privée n'exigeaient pas que le médecin établisse un décompte sur la base d'accords tarifaires reconnus par la défenderesse. Au demeurant, la défenderesse admet elle-même qu'avant le 1er janvier 2004, l'exigence d'un accord tarifaire avec les médecins ne figurait pas dans les conditions contractuelles (écriture défenderesse du 31

octobre 2011). La défenderesse fait valoir qu'il ne s'agit en l'occurrence pas d'une modification de contrat, mais uniquement d'une formulation plus précise d'un article. La Cour de céans ne saurait cependant suivre la défenderesse sur ce point. En effet, aucun document contractuel antérieur au 1er janvier 2004 ne mentionne que pour avoir droit aux prestations en cas d'hospitalisation, le médecin doit établir son décompte sur la base d'accords tarifaires reconnus par la défenderesse. Jusqu'au 31 décembre 2003, il suffisait que l'hôpital ait passé avec la défenderesse une convention fixant les tarifs ou qu'il se tienne à ces tarifs. En introduisant une condition supplémentaire relative au décompte établi par les médecins, qui doit être établi selon une convention tarifaire reconnue par la défenderesse et à défaut duquel aucune prestation n'est versée, la défenderesse a restreint de manière notable l'étendue de ses prestations, et ce au détriment des preneurs d'assurance. Au demeurant, la défenderesse a admis que l'application de la clause litigieuse peut entraîner des situations insoutenables pour les assurés.

E. 10

Se pose dès lors la question de savoir si la prise en charge litigieuse des coûts du traitement hospitalier qui a eu lieu du 25 juillet au 26 août 2009 est soumise aux CSA dans leur teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004 - teneur reprise par les CSA édition au 1er janvier 2007 - ou si elle est soumise aux conditions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si la modification des CSA intervenue à compter du 1er janvier 2004 est applicable au contrat d'assurance conclu par le demandeur en 1967. Aux termes de l'art. 35 LCA, si pendant la durée du contrat, les conditions générales d'assurance des contrats de même genre sont modifiées, le preneur d'assurance peut exiger que le contrat soit continué aux conditions nouvelles. Mais s'il est exigé des prestations plus élevées pour l'assurance aux nouvelles conditions, le preneur doit fournir à l'assureur le juste équivalent. Il résulte de cette disposition qu'en cas de modification des conditions générales et/ou particulières, le preneur d'assurance - au bénéfice d'un contrat encore en cours - dispose du droit de demander que son contrat soit soumis aux conditions nouvelles. S'il n'exerce pas cette prérogative, le contrat reste soumis aux anciennes conditions. Il s'ensuit que la seule communication au preneur d'assurance des

A/4448/2010 - 12/15 - nouvelles CGA constitue un acte unilatéral qui ne peut modifier le contrat d'assurance conclu entre les parties (TF RBA IV n° 16, cité par Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 35 LCA). L'art. 35 LCA ne fait donc que poser la présomption - réfragable - qu'un contrat est soumis aux conditions générales/spéciales en vigueur lors de sa conclusion (Arrêt du Tribunal cantonal vaudois du 9 juillet 1993, RJ 1993 n° 891). Ainsi, en application des principes généraux du droit des obligations, les nouvelles conditions ne peuvent régir que de nouvelles conventions. Les contrats en cours sont, quant à eux, soumis aux conditions qui prévalaient au moment de leur conclusion. L'adaptation du contrat n'intervient pas d'elle-même, par le simple fait que l'assureur introduit de nouvelles conditions sur le marché. Le preneur d'assurance doit en exiger la modification. Il exerce cette prérogative par une déclaration de volonté qui déploie ses effets au moment où elle parvient à l'assureur. Il fait alors valoir un droit formateur lui permettant de modifier le contrat existant sans que l'assureur doive d'une quelconque manière signifier sa volonté d'accepter la modification (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, p. 205 et ss). De l'avis de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) - organisme mandaté pour surveiller les assurances complémentaires facultatives relevant de la LCA - si les nouvelles conditions générales ne

présentent pas de désavantage pour le preneur d'assurance, celles-ci sont considérées comme acceptées, sauf si ce dernier déclare expressément son refus. Si par contre, elles impliquent des désavantages, l'accord du preneur d'assurance est toujours nécessaire pour que les nouvelles conditions générales s'appliquent (www.finma.ch/f/faq/privaten/Pages/faq-krankenzusatzversicherung.aspx, consulté le 6 février 2012). Par ailleurs, les parties peuvent en tout temps, d'un commun accord, décider de modifier un contrat d'assurance en cours.

E. 11

En l'occurrence, la défenderesse fait valoir que le demandeur a accepté la clause litigieuse contenue dans les CSA éd. 01.01. 2004 et 01.01.2007, ce que le demandeur conteste. A la lecture des pièces versées au dossier, force est de constater que le demandeur n'a pas demandé que la nouvelle clause en vigueur dès le 1er janvier 2004 soit applicable au contrat qu'il a conclu en 1967. La défenderesse ne le conteste au demeurant pas. Elle est néanmoins d'avis qu'en réceptionnant les polices d'assurance, le demandeur a accepté la clause litigieuse dès lors que celles-ci se réfèrent aux CSA contenant ladite clause et qu'il n'a pas contesté les polices d'assurance. La Cour de céans constate tout d'abord que la seule lecture d'une police d'assurance - telle que celle produite par la défenderesse pour l'année 2009 (pièce A chargé défenderesse) - ne permet pas de connaître la teneur des modifications des A/4448/2010 - 13/15 - CGA/CSA. Qui plus est, il n'est pas établi que la défenderesse a effectivement remis au demandeur les nouvelles CSA, que ce soit celles valables dès le 1er janvier 2004 ou celles valables dès le 1er janvier 2007. On ne saurait donc retenir que le demandeur en a eu connaissance et que, par son silence, il les aurait acceptées. De surcroît, quand bien même les nouvelles conditions auraient été remises au demandeur, il n'en demeure pas moins qu'elles constituent une proposition de modification du contrat conclu, soumises à l'acceptation expresse du demandeur selon l'art. 35 LCA, ce d'autant plus que cette modification est susceptible de limiter notablement l'étendue des prestations auxquelles il a droit. La Cour de céans relèvera encore que l'on ne saurait suivre la défenderesse qui se prévaut de l'application nuancée qu'elle fait de la clause litigieuse pour en déduire que le contrat d'assurance n'a pas subi de modification essentielle, de sorte que l'art. 35 LCA ne serait pas applicable. La question n'est en effet pas de savoir si un remboursement partiel des prestations se justifie en l'espèce, mais plutôt de déterminer si la clause litigieuse est opposable au demandeur. Compte tenu de ce qui précède, force est de constater l'absence d'accord des parties sur une modification du contrat d'assurance quant aux conditions de la prise en charge des coûts d'un traitement hospitalier. Il s'ensuit que l'art. 1 CSA éditions 01.01.2004 et 01.01.2007, invoqué par la défenderesse pour refuser le remboursement intégral de la note d'honoraires établie par le Dr A_____, n'est pas applicable au contrat conclu par les parties. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner si cette clause est par ailleurs insolite.

E. 12

S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été

déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7; THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n° 9 ad art. 104 CO). Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la

A/4448/2010 - 14/15 - créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, op. cit., ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). Les conditions générales applicables en l'espèce ne prévoient pas de disposition particulière à cet égard. En l'occurrence, la défenderesse a refusé de prendre en charge la totalité de la facture établie par le Dr A_____ par décompte du 29 octobre 2009, rendant les prestations exigibles dès cette date. Par courrier du 14 novembre 2009, le demandeur a mis en demeure la défenderesse de revoir le dossier et de prendre en charge de manière complète la facture du Dr A_____. L'intérêt moratoire de 5% est donc dû dès le 14 novembre 2009.

E. 13

Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise, le refus de prestations étant infondé. La défenderesse sera donc condamnée à verser au demandeur le montant de 1'998 fr. 25 avec intérêts à 5% l'an dès le 14 novembre 2009, sous déduction d'un éventuel montant que la défenderesse aurait déjà versé au demandeur en cours de procédure.

E. 14

Le demandeur, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 de la LPA ; ATAS 737/2008). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/4448/2010 - 15/15 - 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.