GE_GERICHTE ATAS/556/2017 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_556_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/556/2017 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/556/2017 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 38
Par décision du 20 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 19 juillet 2016.

E. 39
Le 16 novembre 2016, sous la plume de son conseil, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1er mars 2010, date correspondant au dépôt des pièces considérées, par la chambre de céans dans son arrêt du 10 mai 2011, comme une nouvelle demande.

E. 40
L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 13 décembre 2016 et a relevé que, dans la mesure où il s'agissait d'une nouvelle demande, le droit aux prestations ne naissait qu'après une année complète d'incapacité de travail, soit en août 2012.

E. 41
Par écriture du 9 janvier 2017, la recourante a précisé avoir été incapable de travailler à 40% bien avant le mois d'août 2011. Ses problèmes cardiaques étaient venus s'ajouter à ceux déjà existants sur les plans psychiatrique, rhumatologique, ORL et digestif, lesquels étaient allés en s'aggravant.

E. 42
Le 2 février 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 43
Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision)

et du 18 mars 2011 (révision 6a),

A/3922/2016 - 11/18 - entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces novelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur la date à partir de laquelle la rente entière d’invalidité doit être servie à la recourante, singulièrement sur la valeur probante de l’expertise du 9 février 2016. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 7. En vertu de l’art. 28 al. 2 LAI, l’assuré a droit à une rente entière s’il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s’il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s’il est invalide à 40% au moins. 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. 28a al. 1 LAI).

A/3922/2016 - 12/18 - Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L’atteinte à la santé n’est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l’assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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. À 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 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 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 qu’un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

 le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu’au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu’au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et

que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

A/3922/2016 - 14/18 - c/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). c/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d’opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 11. En l’espèce, l’intimé s’est fondé sur l’expertise de la PMU du 9 février 2016 pour octroyer à la recourante une rente entière à compter du 1er août 2012 et ce jusqu’à ce qu’elle atteigne l’âge de la retraite. Il convient donc d’examiner la valeur probante de ce document. a. Force est de constater que le rapport du 9 février 2016 remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications

A/3922/2016 - 15/18 - subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu’une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, les experts précités ont retenu les diagnostics suivants : cardiomyopathie hypertrophique obstructive à l’effort avec un angor CCS III et une dyspnée NYHA II à III, stable depuis 2011 (avec répercussion sur la capacité de travail) ; syndrome polyalgique idiopathique diffus avec brachialgies, lombalgies, cervicalgies, gonalgies ; névralgie du trijumeau gauche depuis 2012 ; trouble dépressif depuis 2002, en rémission depuis 2013 ; troubles chémosensoriels (hyposmie sévère, fantosmie, parosmie, dysgueusie et hypogueusie, brûlures nasales et oculaires) depuis mai 2012 probablement suite à une intoxication aux pesticides ; engagement hiatal avec reflux et œsophagite minime et status post deux décollements de la rétine en 2002 et opération de la cataracte en 2003. Sur le plan rhumatologique, les experts ont considéré que les douleurs étaient limitantes pour les activités de la recourante, toutefois sans mise en évidence d’une lésion anatomique structurelle susceptible de les expliquer. D’un point de vue médico-théorique, la capacité de travail était de 80% dans l’activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le fait que la recourante soit désormais à la retraite avait entraîné une amélioration du tableau psychologique. Par conséquent, une stabilisation de l’état psychique avait eu lieu depuis 2013 sans entraîner d’incapacité de travail. Il était toutefois fort probable que la recourante ait présenté des périodes d’incapacité de travail entre 2006 et 2013. Cela étant, en 2011, le Dr - D_____ concluait à l’absence de pathologie psychiatrique invalidante justifiant des limitations fonctionnelles psychiatriques à long terme. Sur le plan ophtalmologique, la situation était jugée comme stable, avec un pronostic favorable sans incapacité de travail dans la profession d’infirmière. Sur le plan cardiologique, la recourante n’était plus capable de travailler dans son activité d’infirmière en raison des contraintes physiques de cette profession. Toutefois, dans une activité adaptée, moins physique, une capacité de travail de 30 à 50% était exigible, à tout le moins depuis août 2011, date du rapport du Dr F_____. En résumé, en raison des atteintes précitées, l’incapacité de travail de la recourante était de 90% dans son activité habituelle d’infirmière et ce dès août 2011, avec toutefois une capacité de travail partielle de 30 à 50% dans une activité adaptée, impliquant des efforts physiques limités. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l’expertise du 9 février 2016 dispose d’une pleine valeur probante. À noter que, lorsque les médecins indiquent une fourchette à l’intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées). Il convient

A/3922/2016 - 16/18 - donc de retenir, comme l’a fait le SMR dans son avis du 14 mars 2016, une capacité de travail moyenne de 40% dans une activité adaptée. b. Pour sa part, la recourante conteste les conclusions de l’expertise des médecins de la PMU en tant qu’ils retiennent une incapacité de travail à compter d’août 2011 seulement et non pas plus tôt.

Lorsqu’une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d’autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l’arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). À titre liminaire, la chambre de céans relève que la recourante ne précise pas les éléments de l’expertise qu’elle conteste et se contente de substituer sa propre appréciation de la capacité de travail à celle des experts, sans expliquer pour quels motifs leurs conclusions ne sauraient être suivies. Bien plus, la recourante n’étaye sa position par aucune appréciation médicale. Cela étant précisé, force est de constater en premier lieu, que les conclusions de l’expertise concordent avec l’appréciation du Dr F_____, lequel a considéré, dans un rapport du 15 août 2011, que la capacité de travail de la recourante était de 10- 15% dans l’activité habituelle et de 30 à 50% dans une activité adaptée. Ce médecin ne s’est toutefois pas prononcé sur la question de l’incapacité de travail antérieurement à la date de son rapport. La recourante souhaite pallier cela en invoquant, dans ses observations du 9 janvier 2017, les rapports d’imagerie, datant d’octobre et novembre 2010. Ces documents ne se prononcent toutefois pas sur la capacité de travail et ne permettent ainsi pas à eux seuls de se déterminer sur ce point. S’agissant des autres appréciations médicales établies antérieurement à l’expertise, il y a lieu de retenir ce qui suit. S’agissant tout d’abord du Dr D_____, il a relevé, dans un rapport du 27 juillet 2011, que le diagnostic était celui d’évolution dysthymique, seule atteinte entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Or, selon la jurisprudence, lorsque seul le diagnostic de dysthymie est posé sur le plan psychiatrique, cette maladie ne constitue pas une pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2.1 ; 8C_528/2008 du 22 octobre 2008 consid. 3.3 ; I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1 ; I 938/05 du 24 août 2006 consid. 4.1 et 5 ; I 834/04 du 19 avril 2006 consid. 4.1 ; I 488/04 du 31 janvier 2006 consid. 3.3 ; I 724/01 du 23 mai 2002 consid. 2b). Dans le cas de la recourante, l’évolution dysthymique est le seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de

 travail retenu par le psychiatre traitant. On ne peut donc parler de pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi. À noter, au demeurant, que pour le Dr D_____, une reconversion n’était en réalité pas possible en raison du défaut de motivation et non pour des motifs médicaux. Quant à la Dresse C_____, elle ne s’est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, vraisemblablement en raison du manque de motivation, se contentant de retenir que la profession d’infirmière n’était plus exigible. b/aa. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que la recourante n’a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient donc de retenir que le rapport des médecins de la PMU dispose d’une pleine valeur probante et que l’incapacité de travail de 60% en moyenne dans une activité adaptée est rendue vraisemblable depuis le mois d’août 2011 seulement et non depuis le mois de mars 2010 comme le souhaite la recourante. 12. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l’assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d’au moins 40% en moyenne pendant une année sans

interruption notable et qu’au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l’échéance d’une période de six mois à compter de la date à laquelle l’assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l’art. 29 al. 1 LPGA. b. En l’espèce, comme indiqué précédemment, les pièces du dossier ne permettent pas de considérer que la recourante présentait une incapacité de travail de 40% au moins antérieurement au 1er août 2011. Par conséquent, ce n’est qu’en date du 1er août 2011 qu’il est établi que la recourante était incapable de travailler à au moins 40%. L’année de carence a dès lors commencé à courir à cette date, de sorte que c’est avec raison que l’intimé lui a octroyé une rente entière avec effet au 1er août 2012. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3922/2016 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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