

GE_GERICHTE ATAS/970/2016 vom 24. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_970_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/970/2016 du 24 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/970/2016 del 24 novembre 2016

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 - 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

Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable.

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité et/ou des mesures d'ordre professionnel.

E. 4

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). 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/3872/2015 - 12/23 - 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).

E. 5

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.

E. 6

Conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

E. 7

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. A 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/3872/2015 - 13/23 - c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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). d. 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).

E. 8

En l'occurrence, les médecins du recourant ont diagnostiqué une lombosciatique, une névralgie cervico-brachiale gauche et des séquelles du poignet droit. Dans son rapport du 19 décembre 2013, le Dr G_____ estime que le diagnostic de lombosciatique, ayant nécessité des infiltrations, est sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations du recourant pour le

A/3872/2015 - 14/23 - port de charges lourdes avec le poignet droit. Dans son rapport du 8 juillet 2014, ce praticien certifie également une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, tel qu'un travail de bureau ou tout autre emploi ne nécessitant pas de porter des charges lourdes, hormis une aggravation entre mai et le 20 juin 2014. Les limitations du recourant sont les suivantes: anté-flexion du tronc, diminution de la force d'extension des deux avant-bras, rotation de la tête au-delà 45 degrés des deux côtés, diminution de l'extension de l'avant-bras droit. Avec ses dernières écritures, le recourant produit deux rapports relatifs à des nouvelles infiltrations interapophysaires postérieures L4-L5. Il est vrai que le rapport relatif à l'IRM du 22 mars 2016 mentionne un nouveau diagnostic, à savoir une arthrose interapophysaire avérée en L7-L5 bilatérale et une discopathie en L5-S1 avec hernie discale. Toutefois, une pathologie au niveau L4-L5 a été mise en évidence déjà auparavant, puisque le recourant a subi plusieurs infiltrations à ce niveau. Il n'appert pas en outre que ces diagnostics entraînent d'autres limitations fonctionnelles que celles mentionnées par le Dr G_____ dans son rapport adressé le 19 février 2016 à la chambre de céans, après avoir réexaminé le recourant. Par ailleurs, les nouvelles atteintes, pour autant qu'elles puissent être qualifiées de nouvelles, sont clairement postérieures à la décision litigieuse, de sorte qu'elles ne peuvent être prises en considération dans le cadre de la présente procédure et pourraient cas échéant uniquement justifier une révision. Par conséquent les nouveaux documents produits avec les dernières écritures du recourant ne permettent pas de considérer que la capacité de travail était diminuée, à la date de la

décision querellée, sur le plan somatique dans une activité adaptée. La chambre de céans estime ainsi que le dossier médical concernant les atteintes somatiques est suffisant pour apprécier la capacité de travail du recourant sur le plan physique, de sorte qu'une expertise judiciaire par un orthopédiste ou rhumatologue n'est pas indiquée. La requête dans ce sens du recourant sera par conséquent rejetée. Partant, il y a lieu d'admettre que le recourant dispose, sur le plan physique, d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, conformément à l'avis de son médecin traitant et du SMR et en l'absence d'avis médicaux contraires qui pourraient faire douter de ces appréciations.

E. 9

a. Sur le plan psychique, le recourant a fait l'objet d'une expertise judiciaire par le Dr K_____, lequel a émis les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle (actuellement dépression légère), d'agoraphobie avec trouble panique, de probable dépendance à diverses substances (benzodiazépine, tabac, Tramadol) et d'accentuation de certains traits de la personnalité. Ces diagnostics n'entraînent en principe pas de limitations fonctionnelles incapacitantes, si bien que la capacité de travail est théoriquement entière dans toute activité adaptée à l'état physique, sous réserve que la reprise d'activité soit très progressive. A ce sujet, l'expert judiciaire expose qu'un retrait A/3872/2015 - 15/23 - aussi prolongé de la vie active est un obstacle majeur à la reprise d'activité, l'inactivité professionnelle de longue durée entraînant un déconditionnement physique et mental sévère qu'il faut s'efforcer de surmonter en reprenant contact progressivement avec la vie active. Ainsi, il faut échelonner la reprise sur une durée d'au moins douze mois pour attendre une capacité de travail entière, aux dires de l'expert. b. Cette expertise remplit en principe tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ayant été rendu en connaissance du dossier médical intégral, prenant en considération les plaintes du recourant, reposant sur un examen clinique approfondi et contenant des conclusions bien motivées. c. Le recourant conteste que ses troubles psychiques n'engendrent pas de limitations fonctionnelles majeures, se prévalant de ses insomnies, troubles de la concentration dus aux médicaments prescrits et à son stress, ainsi que ses crises d'angoisses. L'expert judiciaire constate cependant aucune altération des fonctions cognitives (orientation, mémoire des faits récents et anciens, attention et concentration, vigilance, raisonnement). Quant à l'anxiété, l'expert admet que des épisodes anxieux sont actuellement toujours présents, mais qu'ils n'atteignent plus le degré de véritables attaques de panique, dès lors que le recourant n'a plus peur de mourir, de perdre le contrôle ou la raison, ou de faire une attaque cérébrale ou cardiaque lors des épisodes anxieux. Cela n'est pas contesté par le recourant, celui-ci mettant en exergue dans ses dernières écritures seulement qu'il lui arrive de se sentir oppressé, tremblant et transpirant avec le besoin de quitter le lieu où il se trouve. Le fait que le recourant présente des symptômes d'allure somatoforme sous forme de plaques d'eczéma et palpitations cardiaques, ce qui n'a pas été constaté par l'expert, ne change au demeurant rien au fait que le trouble anxieux, bien que toujours présent, est aujourd'hui atténué, comme cela a été au demeurant constaté aussi par le Dr D_____ dans rapport du 21 juillet 2014. S'agissant du trouble dépressif, l'expert judiciaire admet la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle, ce qui correspond aux allégués du recourant dans ses dernières écritures, d'une part, et au diagnostic posé par le Dr D_____ en 2014. Au dépit de ce trouble thymique, ce médecin a également reconnu au recourant une capacité

de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan physique, dans son rapport du 21 juillet 2014. Certes, le Dr D_____ ne semble aujourd'hui considérer que la capacité de travail est diminuée sur le plan psychique. Néanmoins, l'expert judiciaire n'a pas constaté d'aggravation.

A/3872/2015 - 16/23 - Cela étant, les arguments du recourant ne sont pas propres à mettre en doute les conclusions de l'expert judiciaire, au vu de la jurisprudence en la matière, d'autant moins qu'ils ne sont étayés par aucun document médical. Au vu de ce qui précède, il sied de suivre les conclusions de l'expert, selon lesquelles la capacité de travail du recourant est aujourd'hui entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sur le plan somatique, en l'absence d'éléments nouveaux que l'expert aurait ignorés.

E. 10

Quant au début du recouvrement de la capacité de travail, le Dr D_____ considère, dans son rapport du 21 juillet 2014, que la capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée, tout en relevant qu'une reconversion serait souhaitable et qu'il serait judicieux que la capacité de travail soit reprise progressivement. Il constate également dans ce rapport que l'état de santé est stationnaire sur le plan psychiatrique avec plutôt une amélioration. Cela a amené l'intimé à considérer que le recourant devait déjà disposer d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à la date du rapport du 17 janvier 2014 du psychiatre traitant. L'expert judiciaire a quant à lui suggéré d'admettre une incapacité de travail totale jusqu'au jour de l'expertise, faute de pouvoir établir fermement le début de l'état actuel. Cette conclusion de l'expert n'est pas convaincante, le Dr D_____ ayant admis une pleine capacité de travail déjà dans son rapport du 21 juillet 2014 et l'expert n'ayant pas constaté une aggravation depuis cette date. Dans son rapport précité, le Dr D_____ fait par ailleurs état d'une symptomatologie psychiatrique en amélioration et d'une évolution favorable. Il expose à cet égard qu'après l'opération du nez pour supprimer un syndrome d'apnée hypoxique du sommeil en février 2014, le sommeil s'en est retrouvé amélioré. Le recourant bénéficiait également d'un nouveau traitement médicamenteux. Compte tenu d'une amélioration de l'état psychique du recourant, suite à ladite opération et du changement du traitement anti-dépresseur, depuis le rapport du 17 janvier 2014 du Dr D_____, il y a lieu de considérer, de l'avis de la chambre de céans, que la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée ne peut être admise qu'à partir du rapport du 21 juillet 2014 de ce praticien et non pas dès le 17 janvier 2014, comme l'intimé l'a retenu. Partant, il sied d'admettre une capacité de travail dans une activité adaptée à 100 % à partir de juillet 2014.

E. 11

Le droit à une rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit en l'occurrence en mai 2014, la demande ayant été déposée en novembre 2013. Il convient ainsi de constater qu'en mai 2014, le recourant présentait toujours une incapacité de travail totale, de sorte qu'il peut bénéficier d'une rente d'invalidité entière à partir de mai 2014.

A/3872/2015 - 17/23 -

E. 12

Pour la période subséquente, le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il sied dès lors de déterminer s'il subit une perte de gain en devant changer d'activité.

E. 13

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du

E. 17

En l'occurrence, seule une mesure d'orientation professionnelle n'entre en ligne de compte, dès lors que le recourant ne bénéficie pas d'une formation professionnelle. Dans la décision querellée, l'intimé a refusé la mise en œuvre d'une telle mesure, au motif que la perte de gain du recourant est inférieure à 20 %. A l'audience de comparution personnelle des parties, l'intimé a justifié le refus également par le fait que le recourant se considère totalement incapable de travailler. a. S'agissant de l'exigence de la perte de gain durable de 20 %, cette limitation ne résulte pas de la loi. La jurisprudence a établi cette exigence pour des mesures de reclassement professionnel, soit une formation dans une autre profession, droit qui est toutefois uniquement ouvert aux assurés ayant déjà une formation, ce qui n'est pas le cas du recourant. Selon la loi et la doctrine en la matière, il n'est pas nécessaire, pour l'octroi de mesures de réadaptation, que l'invalidité atteigne un degré minimum d'invalidité (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, ch. 1236 p. 342). Par ailleurs, la jurisprudence a toujours laissé ouverte la question de savoir si le degré d'invalidité minimal de 20 % devait également s'appliquer aux mesures d'orientation professionnelle. Cela étant, la chambre de céans estime qu'il n'y a pas lieu de poser l'exigence d'un degré d'invalidité minimal pour le droit à une orientation professionnelle. b. Quant aux chances de succès de la mesure sur le plan subjectif, le droit aux mesures d'ordre professionnel ne peut être refusé en raison du manque de la faculté subjective que dans la mesure où la procédure de mise en œuvre

conformément à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée, condition non réalisée en l'espèce. Au demeurant, le recourant n'a jamais fait valoir qu'il était en incapacité de travail pour toujours. En effet, il ne met uniquement en avant qu'il ne voit pas quelle activité il pourrait encore exercer. S'il est vrai qu'il a allégué lors de son audition d'être totalement incapable de travailler, il s'agissait d'une incapacité de travail

A/3872/2015 - 22/23 - temporaire, due à des facteurs de stress particulièrement importants, laquelle n'a pas perduré, selon les constatations de l'expert judiciaire. c. Pour le surplus, le recourant remplit les conditions pour l'octroi d'une orientation professionnelle. Il présente en effet une incapacité de travail totale dans les activités exercées précédemment, ainsi que pour tous les métiers physiquement lourds. Son invalidité rend impossible l'exercice de son activité antérieure, de sorte qu'il a besoin d'une orientation professionnelle spécialisée. En effet, il n'a pas encore choisi une nouvelle profession et manque de connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles pour opérer ce choix. A cela s'ajoute que le recourant présente également des atteintes psychiques, notamment un trouble dépressif récurrent entraînant une diminution de l'énergie et de la motivation, lui rendant encore plus difficiles la reconversion dans une autre activité. Il est vrai qu'il a par le passé fait preuve d'une grande capacité d'adaptation et changé plusieurs fois d'activité et que l'expert estime qu'il ne présente pas de pathologie psychiatrique lourde susceptible de l'empêcher de chercher, de trouver et d'exercer un emploi adapté. Néanmoins, il ressort du dossier que le recourant se sent très désemparé pour se recycler dans une autre activité. Par ailleurs, dans le passé, la recherche d'une nouvelle activité était plus facile dès lors que le recourant ne présentait pas de limitations physiques et n'était pas handicapé par les troubles psychiques indéniables mis en évidence par l'expert. Au demeurant, l'expert estime que la reprise de travail doit être très progressive. Or, le suivi d'une mesure d'orientation professionnelle permettra précisément au recourant de reprendre une activité dans un cadre très sécurisant et de s'habituer petit à petit au rythme de travail exigé dans l'économie normale, ce qui peut être assimilé à une reprise très progressive. Par conséquent, il y a lieu d'octroyer au recourant une mesure d'orientation professionnelle.

E. 18

Cela étant, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée. Le recourant sera en outre mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de mai à octobre 2014 et d'une mesure d'orientation professionnelle.

E. 19

Dans la mesure où le recourant obtient partiellement gain de cause, l'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à la charge de l'intimé.

A/3872/2015 - 23/23 - 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.