

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/53 vom 18. März 2008**

Sg Versicherungsgericht, 2008-03-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2007\\_53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_53)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/53 du 18 mars 2008

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/53 del 18 marzo 2008

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 1 IVG (Fassung bis 31.12.2007). Anforderungen an medizinische Gutachten. Beweiswürdigung bei voneinander abweichenden psychiatrischen Einschätzungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. März 2008, IV 2007/53). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_309/2008.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids vom 15. Dezember 2006 eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Verfahren die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

### **E. 2**

2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunde voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen

angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine, BGE 122 V 161 Erw. 1c).

2.3 Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin bemängelt die Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_.

2.3.1 Der Rheumatologe Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte in seinem Bericht vom 15. Februar 2006 neuroradiologisch lumbal bescheidene, zervikal fortgeschrittene degenerative Segmenterkrankungen. Letztere würden im Ausmass deutlich über das Altersphysiologische hinausgehen und könnten Anlass zu chronisch wiederkehrenden Beschwerden sein. Die festgestellten degenerativen Veränderungen hätten aber keine krankmachende Bedeutung und würden sich nicht unkontrollierbar invalidisierend auswirken. Im Rahmen der klinischen Untersuchung stellte Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass das objektiv feststellbare Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin mit dem subjektiven (geäusserten und gezeigten) Schmerzempfinden keineswegs kompatibel sei (IV-act. 23-7).

2.3.2 Mit seiner Einschätzung setzte sich Dr. D.\_\_\_\_ nicht in Widerspruch zur behandelnden Rheumatologin Dr. A.\_\_\_\_, die bereits im April 2004 ein chronifiziertes zervikozephalales Syndrom bei ausgeprägten HWS-Veränderungen, ein generalisiertes Schmerzsyndrom und eine Periarthropathia calcarea der rechten Schulter diagnostiziert hatte. Auch sie berichtete über diffuse generalisierte Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin, die durch die erhobenen somatischen Befunde für sie nicht im demonstrierten Ausmass erklärbar waren, weshalb sie schliesslich eine psychiatrische Abklärung empfahl (IV-act. 10-3). Im Bericht vom 8. August 2006 ergänzte Dr. A.\_\_\_\_ ihre frühere Beurteilung dahingehend, dass es inzwischen zu einer Schmerzchronifizierung mit depressiver Überlagerung gekommen sei (IV-act. 38). Die der Beschwerdeführerin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vermag die Rheumatologin aus rein somatischer Sicht allerdings nicht überzeugend zu begründen. Insgesamt wecken die Berichte von Dr. A.\_\_\_\_ keine Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_.

#### **E. 2.4.1**

Der psychiatrische Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ hielt am 25. April 2006 fest, auf Grund des erhobenen Psychostatus' weise nichts auf ein nennenswertes, noch bestehendes depressives Zustandsbild hin. Die Beschwerdeführerin sei bei klarem Bewusstsein und zeitlich, örtlich, situativ und autopsychisch orientiert. Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistung unterlägen keinen Störungen; letztere sei im Lauf des zweistündigen Gesprächs gleich geblieben. Der Denkprozess sei geordnet, einfach strukturiert und auf das Praktische ausgerichtet, bis auf eine beträchtliche Fokussierung auf die eigenen Schmerzen formal und inhaltlich psychopathologisch unauffällig; Denkblockaden oder Verlangsamung hätten nicht

festgestellt werden können. Das Intelligenzniveau beurteilte der Gutachter als durchschnittlich, eher an der unteren Grenze. In der Grundstimmung wirke die Beschwerdeführerin ausgeglichen bis heiter, was mit Blick auf die Stärke der angegebenen Beschwerden erstaune. Leidensdruck sei kaum spürbar, allenfalls eine gewisse Resignation über die missliche soziale Lage. Affektiv sei die Beschwerdeführerin gut ansprechbar. Der emotionale Ausdruck sei situationsadäquat und meistens natürlich. Die Sitzhaltung werde als gequält präsentiert, daneben sei die Beschwerdeführerin aber gleichwohl zum Lachen animierbar. Auch das gelegentliche Grimmassieren bei Haltungswechseln oder die verknittert wirkende Mimik bei der Auflistung der Beschwerden würden einen ziemlich künstlichen Eindruck machen, die Augenpartie wirke nämlich sonst ausgesprochen lachend. Psychomotorisch sei nichts Auffälliges zu erwähnen; eine deutliche Antriebshemmung scheine nicht vorzuliegen. Dr. E. \_\_\_ führte weiter aus, Suizidalität scheine nie ein Thema gewesen zu sein (IV-act. 23-13 f.). Im Ergebnis diagnostizierte der Psychiater eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei einfach strukturierter Persönlichkeit. Auf Grund dieser Störung, die wohl Ausdruck eines innerseelischen Konflikts bedingt durch eine schwierige psychosoziale Situation sei, sei längerfristig keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen.

#### **E. 2.4.2**

Wenngleich das Gutachten E. \_\_\_ nicht durchwegs taktvoll formuliert ist, wirkt es dennoch kompetent und in sich schlüssig. Die Suizidalität ist anamnestisch zwar nachvollziehbar, war aber selbst nach den älteren medizinischen Akten nie ein dominantes Thema und spielte im Zeitpunkt der Beurteilung durch Dr. E. \_\_\_ offensichtlich keine Rolle mehr. Obschon etwas knapp ausgefallen, ist die diesbezügliche Würdigung durch den Gutachter nach Lage der Akten nicht zu beanstanden. Dasselbe hat für die Jahre zurückliegenden anamnestisch festgehaltenen Wahnvorstellungen und Halluzinationen zu gelten, die von der Beschwerdeführerin Dr. E. \_\_\_ gegenüber nicht einmal mehr erwähnt wurden. Die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ weicht von Befund und Einschätzung der psychiatrischen Klinik Waldhaus vom 3. Mai 2004 insofern ab, als damals noch eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt diagnostiziert worden war. Wesentliche Symptome, die damals auf eine mittelgradige depressive Episode hindeuteten (verlangsamtes und auf ihre Problematik eingeeengtes Denken, Unruhe und Weinerlichkeit, Aggressivität und intermittierende Suizidgedanken), konnten im Begutachtungszeitpunkt nicht mehr (oder jedenfalls nicht mehr massgeblich) festgestellt werden. Über eine psychiatrische Behandlung, die bereits 1999/2000 stattgefunden haben soll, bestehen lediglich anamnestische Angaben der Beschwerdeführerin. Es liegen keine Akten über die damalige Diagnose und die Behandlung vor; auch den Berichten der behandelnden Ärzte ist darüber nichts näheres zu entnehmen. Damit ist davon auszugehen, dass jene psychische Störung vorübergehend war. Jedenfalls lassen sich daraus keine Schlussfolgerungen auf eine mögliche psychische Erkrankung im Begutachtungszeitpunkt ziehen.

#### **E. 2.4.3**

Im mehrfach bestätigten Entscheid I 783/05 vom 18. April 2006 hielt das Bundesgericht in Erw. 2.2 fest, die psychiatrische Exploration könne von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffne dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren seien, sofern der Experte lege artis vorgegangen sei (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen

Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.). Zu beachten sei auch die Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Das Bundesgericht will u.a. der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt (Behandlung versus Begutachtung) gilt das auch für Spezialärzte. Namentlich in umstrittenen Fällen kann nicht ohne weiteres auf die Angaben eines behandelnden Spezialarztes abgestellt werden (EVGE I 814/03 vom 5. April 2004, Erw. 2.4.2). Aus diesen Gründen schliesst das Bundesgericht, es könne nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangten oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhielten. Anders verhalte es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbrächten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben seien und sich eigneten, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. auch etwa EVGE 663/05 vom 27. November 2006, Erw. 2.2.2; U 58/06 vom 2. August 2006, Erw. 2.2 in fine). – Solche Überlegungen sind bei Kontroversen zwischen Gutachter und behandelndem Arzt oder Spezialarzt geeignet, beim richterlichen Entscheid über die Überzeugungskraft eines Gutachtens den Ausschlag zu geben. Dass deswegen im Sinne einer starren Beweisregel die Infragestellung einer angezweifelten Expertise ausgeschlossen und die freie Beweiswürdigung eingeschränkt wäre, ist daraus nicht zu schliessen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2006/163 vom 22. November 2007, Erw. 4b). Es ist gerichtsnotorisch, dass im heutigen Begutachtungswesen kein generelles fachliches Kompetenzgefälle zwischen Gutachtern und behandelnden Ärzten vorhanden ist. Daher sind Gutachten nicht per se beweisend, gleichgültig, ob sie angefochten sind oder nicht. Selbst wenn ein behandelnder Arzt keine neuen, objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorbringt, kann seine abweichende Beurteilung beim Richter derartige Zweifel an der Schlüssigkeit eines Gutachtens aufkommen lassen, dass er darauf nicht abstellen darf (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2006/162 vom 11. Oktober 2007, Erw. 3f). Dies ist vorliegend in Bezug auf die im Bericht vom 17. Juli 2006 geäusserte Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ nicht der Fall. Dieser betreut die Beschwerdeführerin seit Frühjahr 2006 psychiatrisch. Auch er diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung, attestierte der Beschwerdeführerin allerdings wegen einer Anpassungsstörung mit längerer schwerwiegender depressiver Reaktion eine Arbeitsunfähigkeit von 70% für jegliche Tätigkeit (IV-act. 39). Dr. F.\_\_\_\_ begründete die bescheinigte Anpassungsstörung und insbesondere die behauptete schwerwiegende depressive Reaktion nicht in nachvollziehbarer Weise. Ebenso wenig legte er dar, inwiefern diese Diagnosen – sollten sie denn gerechtfertigt sein – invalidisierendes Ausmass angenommen haben sollten. Als behandelnder Psychiater und Psychotherapeut steht er in einem besonderen Vertrauensverhältnis zur Beschwerdeführerin und vermochte daher wohl nur beschränkt objektiv deren Einschränkung bzw. Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. In seinem Bericht brachte er jedenfalls nichts vor, das Zweifel an der eingehenden, schlüssigen Beurteilung E.\_\_\_\_ auslösen könnte. Er schätzte denselben (psychiatrischen) Sachverhalt lediglich anders ein als Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. auch IV-act. 45). Seine Einschätzung – die er im Übrigen kaum begründete – gibt keine Veranlassung, an der Zuverlässigkeit von Dr. E.\_\_\_\_'s Beurteilung zu zweifeln.

Grundsätzlich ist für das vorliegende Verfahren der Sachverhalt massgebend, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 15. Dezember 2006 ereignet hat. Nicht massgebend kann demnach sein, wie sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach jenem Datum entwickelt hat. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin behauptet jedoch, die Entwicklung zeige, dass die Einschätzungen von Dr. E.\_\_\_\_ unzutreffend seien.

3.1 Die Beschwerdeführerin wurde zwischen dem 21. Februar und dem 4. April 2007 in der psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg wegen einer schwergradigen depressiven Episode mit psychotischen Symptomen bei anhaltender somatischer Belastung (somatoforme Schmerzstörung) stationär behandelt. Den Berichten der Klinik vom 5. und 19. April bzw. vom 5. Juni 2007 (act. G 10.1, G 12.1, G 10.2) ist zu entnehmen, dass es sich dabei um eine Reaktion auf den negativen Einspracheentscheid gehandelt haben muss. Es sei (nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik Waldhaus, Chur, Ende 2003) erneut zu einer depressiven Dekompensation mit gedanklich wahnhaft-übersteigerten, stark fremdaggressiv gefärbten Bewältigungsideen mit zunehmender Gefahr von Impulskontrollverlust gekommen. Bei Austritt sei die depressive Symptomatik deutlich verbessert gewesen und das Schmerzempfinden habe auf ein erträgliches Niveau abgesenkt werden können. Nach wie vor fehle der Beschwerdeführerin aber Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung, sie sei wegen des abschlägigen IV-Beschlusses erhöht reizbar und wütend, allerdings ohne Anzeichen für akute Fremd- oder Selbstgefährdung. Am 17. Januar 2008 trat die Beschwerdeführerin erneut freiwillig in die Klinik St. Pirminsberg ein, wollte diese aber tags darauf wieder verlassen, was ihr ärztlicherseits (im Rahmen eines fürsorglichen Freiheitsentzugs) jedoch verweigert wurde. Sie leide an einem akuten aggressiven Impulsdurchbruch im Rahmen einer schwergradigen Depression; es bestehe akut eigen- und fremdgefährdendes Verhalten bei fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht (act. G 14.1).

3.2 Auf Grund der Akten kann nicht beurteilt werden, ob diese depressiv-psychotischen Dekompensationen der Beschwerdeführerin nur vorübergehender Natur waren (im Sinn einer Reaktion auf den ablehnenden Rentenentscheid bzw. den im Dezember 2007 versandten ablehnenden Gerichtsentscheid betreffend die von ihrem Ehemann beantragte Rente) oder ob sie Ausdruck einer anhaltenden gesundheitlichen Verschlechterung sind. Im letzteren Fall wäre dies im Rahmen einer Neuanschuldung geltend zu machen. Im vorliegenden Verfahren kann eine allfällige Verschlechterung jedenfalls nicht Streitgegenstand sein.

#### **E. 4**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bis zum (massgeblichen) Zeitpunkt des Einspracheentscheides für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und die Schätzung ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Gemäss ihren schlüssigen und überzeugenden Ausführungen bedingen die diagnostizierten somatischen und psychischen Leiden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Aus dem Umstand, dass Dr. E.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten festhält, auf Grund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei "längerfristig" keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, kann nicht geschlossen werden, dass der Psychiater sich in der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht hätte festlegen wollen, wie die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin dies behauptet. Dafür gibt es in all seinen Darlegungen keinen Anhaltspunkt. Sofern dem Wort "längerfristig" überhaupt eine zeitlich gezielte Bedeutung im gegebenen Zusammenhang zukommt, kann diese nur darin bestehen, dass kurzzeitige, vorübergehende (nicht

invalidisierende) Arbeitsunfähigkeiten damit nicht ausgeschlossen werden, was letztlich selbstverständlich ist.

#### **E. 5**

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt in der Beschwerde subeventualiter Arbeitsvermittlung. Diese wurde jedoch bereits am 20. Juni 2006 abgewiesen mit der Begründung, bei der Stellensuche sei die Beschwerdeführerin nicht gesundheitsbedingt eingeschränkt. Deshalb sei für sie das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig. In einer leichten bis mittelschweren, keine Zwangshaltung erforderlich machenden Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 29). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Auf den Subeventualantrag ist demzufolge nicht einzutreten. Selbst wenn man davon ausgehen würde, dass diese Verfügung mit der Rentenverfügung verknüpft wäre und vom Gericht gleichwohl zu überprüfen sei, wäre nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin – sollte nicht ohnehin die subjektive Behinderungsüberzeugung der Arbeitssuche im Weg stehen – auf die IV-spezifische Arbeitsvermittlung durch die Beschwerdegegnerin angewiesen sein sollte. Eine von der zutreffenden Einschätzung der Beschwerdegegnerin abweichende Beurteilung wäre jedenfalls nicht gerechtfertigt.

#### **E. 6**

6.1 Bei voller Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit liegt der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin jedenfalls im rentenausschliessenden Bereich. Auf Ausführungen zum Einkommensvergleich kann demnach verzichtet werden. Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2006 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 6.2 Gemäss den Schlussbestimmungen des IVG zur Änderung vom 16. Dezember 2005, in Kraft seit 1. Juli 2006, gilt für die vor dem 1. Juli 2006 von der IV-Stelle erlassenen, zu jenem Zeitpunkt aber noch nicht rechtskräftigen Verfügungen das bisherige Recht (lit. a und b der Schlussbestimmungen). Somit gelangt Art. 69 Abs. 1 bis IVG zur Kostenpflicht von Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen im kantonalen Gerichtsverfahren nicht zur Anwendung. Gerichtskosten sind demnach keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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