

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/359 vom 26. Februar 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_359

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/359 du 26 février 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/359 del 26 febbraio 2010

Regeste

Art. 16 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG (Fassung bis Ende 2007). Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleichs. Anforderungen an den Beweiswert von medizinischen Gutachten (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 26. Februar 2010, IV 2008/359).

Erwägungen

E. 1

Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Mangels einer übergangsrechtlichen Norm rechtfertigt es sich allerdings, für die vor diesem Zeitpunkt massgebenden Verhältnisse (Rentenanspruch mit Anspruchsbeginn bei Anmeldung unter altem Recht) die im Folgenden zitierten, bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

E. 2

Die rückwirkende Zusprache der Invalidenrente ist von der Beschwerdegegnerin auf mehrere Verfügungen, alle datiert mit 27. Juni 2008, aufgeteilt worden. Diese Aufteilung erfolgt in der Praxis offenbar aus EDV-technischen Gründen. Die rückwirkende abgestufte Rentenzusprache darf jedoch nicht für bestimmte Perioden je getrennt verfügt werden (vgl. BGE 131 V 164 ff., Erw. 2.3). Sämtliche Verfügungen vom 27. Juni 2008 bilden deshalb nur Teile ein und derselben Rentenverfügung. Die einzelnen Verfügungsteile sind für sich allein nicht rechtskraftfähig und damit auch nicht für sich allein anfechtbar. Obwohl der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ausdrücklich nur die Verfügung betreffend den Zeitraum ab 1. Juni 2006 (act. G 1.4) anfocht, ist im vorliegenden Verfahren grundsätzlich auch der Rentenanspruch in der davor liegenden Zeit zu überprüfen (vgl. etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2007/167 vom 20. August 2008, Erw. 2.2; IV 2007/328 vom 6. Januar 2009, Erw. 2).

E. 3

3.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden 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 aArt. 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. 3.2 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 Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts 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).

E. 4

4.1 Nachfolgend ist die somatische Einschränkung des Beschwerdeführers anhand der Akten zu prüfen. 4.1.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. E. ____, attestierte dem Beschwerdeführer am 8. Januar 2002 eine seit 12. Oktober 2000 bestehende volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Rückenprobleme im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS). Aufgrund der Rückenbeschwerden sei der Beschwerdeführer zurzeit nicht in der Lage, der angestammten wie einer adaptierten Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 16). Am 5. August 2002 bescheinigte Dr. E. ____, einen stationären Verlauf (IV-act. 24-1). Seitens der Klinik Valens wurde betreffend die im Januar 2003 durchgeführte EFL festgehalten, das arbeitsbezogene relevante Problem sei eine allgemein verminderte Belastbarkeit, die nicht allein durch die Funktionsstörung der LWS erklärt werden könne. Der Beschwerdeführer habe sich nicht fähig gezeigt, auch nur geringe Belastungen verteilt über zwei Tage zu tolerieren. Die Leistungsbereitschaft wurde als unzuverlässig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests hätten auf eine deutliche Selbstlimitierung hingewiesen. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Eine leichte wechselbelastende Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis maximal zehn kg wurde als ganztags zumutbar erachtet (IV-act. 29-5). Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, Klinik Valens, hielt am 30. April 2003 fest, aufgrund von Röntgenbildern und einer MRI-Untersuchung müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer sich bei einem 1990 oder 1993 erlittenen Sturz eine Kompressionsfraktur von L1 zugezogen habe. Diese Fraktur sei jedoch aktuell konsolidiert und ausgeheilt. Die aktuellen Rückenschmerzen könnten nicht mehr darauf zurückgeführt werden. Denkbar sei, dass der von der Fraktur betroffene Wirbelsäulenabschnitt etwas vermindert belastbar sei (IV-act. 46-6). Der von der IV FL beigezogene Gutachter Prof. Dr. A. ____, stimmte in seinem Bericht vom 9. Januar 2004 den Schlussfolgerungen und Empfehlungen seitens der

Klinik Valens vollumfänglich zu (IV-act. 62-2). Dr. E.____ gab am 13. April 2004 an, seines Erachtens bestehe für leichtere wechselbelastende Arbeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (IV-act. 70-15). 4.1.2 Am 17. November 2005 wurden beim Beschwerdeführer im KSSG eine Korporektomie L1 vorgenommen und ein Cage eingebaut sowie eine dorsale Spondylodese Th12-L2 durchgeführt. Bei persistierenden Beschwerden tief lumbal fand am 28. November 2005 eine Facettengelenksinfiltration L5/S1 statt. Nach primärer Wundheilung und problemloser Mobilisation habe man den Beschwerdeführer am 29. November 2005 nach Hause entlassen, so Dr. med. G.____ von der Klinik für Orthopädische Chirurgie am 28. November 2005 (IV-act. 90-3). Am 31. Januar 2006 wurde seitens der Klinik für Chirurgie des KSSG von einer Muskelatrophie der lateralen Bauchwand links berichtet (IV-act. 95-25). 4.1.3 Das im Auftrag der IV FL am 4. April 2006 erstellte Gutachten von Dr. D.____ nennt die Diagnosen chronifiziertes Schmerzsyndrom im Bereich des Rückens bei Spondylarthrose und Spondylolyse L5/S1 mit Instabilität und Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1 sowie Zustand nach Korporektomie L1 und dorsaler Spondylodese Th11 bis L3. Seit 2001 seien dem Beschwerdeführer leichte Arbeiten zumutbar gewesen. Auch diese seien jedoch seit dem Eingriff vom 17. November 2005 nicht mehr möglich. Seither bis zum Untersuchungsdatum (15. März 2006) seien fast vier Monate vergangen. Trotzdem bestehe noch fast keine Beweglichkeit der BWS und LWS, ausserdem würden sehr starke Schmerzen beklagt, der permanente Hartspann paravertebral sei auch ein objektives Indiz dafür. Noch bestehe eine Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands, wenn auch nicht eine sehr grosse. Eine vorzeitige neue Untersuchung Ende 2006 sei zu empfehlen. Für die Zeit vor der Operation vom 17. November 2005 hielt Dr. D.____ fest, er könne die von Dr. E.____ auf 50% geschätzte Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig nachvollziehen, da entsprechende Befunde fehlten. Deshalb folge er der Einschätzung von Prof. Dr. A.____, wonach der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen sei (IV-act. 95-8 ff.). Die Ausführungen von Dr. D.____ verdeutlichen, dass auch dieser Gutachter im März 2006 noch nicht vom Erreichen eines Endzustands ausging. Dr. med. H.____ vom RAD hielt am 30. Oktober 2006 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei bei der Untersuchung durch Dr. D.____ vier Monate nach der ausgedehnten Spondylodese nach Korporektomie von L1 nicht stabil gewesen, weshalb eine Bestimmung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei (IV-act. 110-2). Am 6. Juni 2007 präzisierte Dr. H.____, um eine versicherte Person nach einer Spondylodese abschliessend beurteilen zu können, sei ein postoperativer Abstand von sechs bis neun Monaten notwendig (IV-act. 127-2). 4.1.4 Am 13. März 2006 und 24. April 2006 waren beim Beschwerdeführer die Facettengelenke erneut infiltriert worden, wobei dies offenbar nur zu kurzfristiger Verbesserung der Beschwerden geführt hatte. Eine Verlängerung der Spondylodese wurde diskutiert, vom Beschwerdeführer jedoch abgelehnt (IV-act. 117-11). In einem Bericht der Klinik für Chirurgie des KSSG vom 27. September 2006 wurde insgesamt von einer nach Auskunft des Beschwerdeführers deutlichen Beschwerdeverbesserung postoperativ im Vergleich zu vor dem Eingriff berichtet (IV-act. 117-9). Am 24. November 2006 fand eine operative Segmentfreigabe Th11/12, L2/3 mit Teilmetallentfernung und Pedikelschraubenentfernung statt (IV-act. 117-7). Der Hausarzt Dr. E.____ attestierte im Bericht vom 1. Dezember 2006 erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (IV-act. 117-3 f.). 4.1.5 Im MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2007, das auf Untersuchungen vom 30. April und 2. Mai 2007 beruht, wurde die Schilderung des Beschwerdeführers wiedergegeben, wonach die Schmerzen seit der Operation vom November 2005 ausgeprägter seien als präoperativ. Die wiederholten

Facettengelenksinfiltrationen hätten für maximal vier Wochen zu einer Schmerzlinderung geführt (S. 5). Beim Befund wird festgehalten, dass die Beweglichkeitsprüfung der Wirbelsäulenabschnitte nicht lege artis durchführbar sei. Einzig die HWS-Beweglichkeit sei aktiv-assistiv prüfbar. Die thorakolumbale Beweglichkeitsprüfung sei unter aktivem muskulärem Widerstand des Beschwerdeführers erfolgt. Bereits nach geringen Bewegungsausschlägen leiste der Beschwerdeführer heftigen muskulären Widerstand (S. 14). Der PACT-Test ergab mit 65 bis 69 von 200 möglichen Punkten eine sehr tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (S. 15). Der Beurteilung ist zu entnehmen, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptomatik gefunden wurden. Wie bereits in früheren Untersuchungen zeige sich eine gewisse Diskrepanz zwischen den objektivierbaren pathologischen klinischen Befunden und den geschilderten Beschwerden. Aus somatischer Sicht lasse sich eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeiten zumindest aktuell nicht rechtfertigen. Eine Teilzeittätigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Heben/Tragen von Lasten über 7.5 bis 10 kg erachte man dem Beschwerdeführer als zumutbar, wobei man die Rest-Arbeitsfähigkeit auf ca. 50% schätze (seit November 2005; S. 19 f.). 4.1.6 Die Beurteilung der somatischen Situation durch die MEDAS erscheint nachvollziehbar und plausibel. Bis zur Operation vom November 2005 wurde grundsätzlich von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen in einer optimal den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit (so seitens der Klinik Valens und von Prof. Dr. A.____, was auch Dr. D.____ für plausibel hielt). Obwohl auch nach der Operation keine die geklagten Beschwerden ausreichend erklärenden objektivierbaren Befunde vorlagen, wurde die vom Beschwerdeführer geschilderte Verstärkung der Beschwerden insofern berücksichtigt, als dass u.a. deshalb seitens der MEDAS eine Arbeitsunfähigkeit von 50% anerkannt wurde. Dieses Ergebnis scheint den Umständen insgesamt hinreichend Rechnung zu tragen. Die Gutachter der MEDAS wiesen darauf hin, dass sich die von Dr. D.____ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten zumindest im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung nicht nachvollziehen lasse (S. 20). Dr. D.____ selbst gab erklärtermassen nur eine vorläufige Beurteilung ab, sah grundsätzlich Verbesserungspotential und hielt eine vorgezogene Verlaufsbeurteilung bereits Ende 2006, also ein Dreivierteljahr nach seinem Gutachten, für notwendig. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einschätzung von Dr. D.____ nicht geeignet ist, den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens in Frage zu stellen. Auch die Tatsache, dass der Hausarzt Dr. E.____ am 11. Dezember 2006 erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte, vermag nicht zu einer anderen Beurteilung zu führen. Als Allgemeinmediziner verfügt Dr. E.____ zwar über ein breit abgestütztes Wissen, nicht jedoch über das fundierte Fachwissen eines Orthopäden oder Rheumatologen. Im Übrigen ist die Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag zu beachten. Rechtsprechungsgemäss ist u.a. der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. etwa den Entscheid I 814/03 des damaligen EVG vom 5. April 2004, Erw. 2.4.2). Die nicht näher begründete Einschätzung von Dr. E.____ vermag die Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten daher nicht zu erschüttern.

E. 4.2.1

Nach Lage der Akten nahm Dr. B.____ die erste psychiatrische Beurteilung vor. Er konnte keine stärkere Depressivität feststellen und fand keine Hinweise auf ein depressives Achsensyndrom, also keine Biorhythmusstörung und keine stärkere Devitalisierung.

Ebenso wenig erkannte er ein stärkeres Antriebsdefizit und eine vegetative Dekompensation. Psychotische Symptome im Sinn von Halluzinationen oder Wahnideen wurden ebenso verneint wie Symptome eines hirnganischen Psychosyndroms. In der Beurteilung hielt Dr. B. ___ fest, der Beschwerdeführer sei infolge chronischer körperlicher Beschwerden und dadurch bedingter Schlafstörungen an einer reaktiven Depression mit Angstsymptomen erkrankt. Es handle sich dabei um eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22). Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine gewisse Diskrepanz zwischen dem subjektiven Beschwerdebild und dem objektiven Befund im Untersuchungszeitpunkt. Bei der Untersuchung am 16. August 2004 liessen sich keine Symptome einer stärkeren Depressivität mehr feststellen. Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit erachtete der Gutachter daher als nicht gegeben (IV-act. 80-7).

E. 4.2.2

Der psychiatrische MEDAS-Teilgutachter Dr. I. ___ hielt in seinem Gutachten vom 3. Mai 2007 fest, die Funktionen der Merkfähigkeit, der Auffassung und des Gedächtnisses seien beim Beschwerdeführer intakt, die Konzentrationsfähigkeit gut gewesen. Er fand keine Hinweise auf kognitive oder mnestiche Störungen, ebenso verneinte er Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Das Verhalten des Beschwerdeführers erlebte Dr. I. ___ insofern als auffällig, als er sich sehr emotional betont gezeigt habe, auf seine verstärkte Empfindlichkeit, Kränkbarkeit und Verletzlichkeit vor allem im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung hingewiesen habe, sich nicht mehr ernst genommen gefühlt und viele Fragen als provokativ aufgefasst habe. Der Beschwerdeführer habe traurig, bedrückt und niedergeschlagen gewirkt. Diese Verstimmung sei im Lauf des Gesprächs von einer gewissen Resignation abgelöst worden. Dr. I. ___ diagnostizierte eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) verbunden mit einem körperlichen Leiden und sozialer Notsituation. Das psychische Zustandsbild sei in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht zu vernachlässigen; Dr. I. ___ attestierte aus psychischen Gründen daher eine Arbeitsunfähigkeit von 35% (IV-act. 126-28).

E. 4.2.3

Es kann offen bleiben, ob die Arbeitsunfähigkeit von 35% im Licht der Rechtsprechung in Bezug auf die depressive Erkrankung zu hoch greift, wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort geltend macht. Aus somatischer Sicht wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50% plausibilisiert. Die Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer und aus psychiatrischer Sicht dürfen nicht addiert werden. Da aufgrund der beschriebenen Befunde und Diagnosen unwahrscheinlich ist, dass in psychischer Hinsicht eine 35% übersteigende Einschränkung besteht, erübrigt sich eine Diskussion der Frage einer allfälligen zumutbaren (weitergehenden) Überwindbarkeit der psychischen Problematik. Entgegen der in der Replik vertretenen Ansicht des Beschwerdeführers lassen sich darüber hinaus keine Hinweise auf weiteren psychiatrischen Abklärungsbedarf finden – diesbezüglich bringt auch sein Rechtsvertreter nichts Konkretes vor. 4.3 Gesamthaft ist also festzuhalten, dass auf die Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann. Die Invaliditätsbemessungen sind gemäss den Arbeitsunfähigkeitsperioden, wie sie den Verfügungen vom 27. Juni 2008 zugrunde liegen, vorzunehmen.

E. 5

5.1 Gegen die Berechnung des Invaliditätsgrads an sich wendet der Beschwerdeführer nichts ein. 5.1.1 Der letzte Arbeitgeber des Beschwerdeführers gab im Fragebogen vom 6. Dezember 2001 an, der Beschwerdeführer habe zuletzt einen Monatslohn von Fr. 4'500.- (ohne 13. Monatslohn, dafür zuzüglich Gratifikation offenbar in der Höhe eines Monatslohns) erzielt und würde unterdessen Fr. 4'600.- monatlich erzielen (IV-act. 15-2). Folglich belief sich das Valideneinkommen 2001 auf Fr. 59'800.-. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2007 ergibt dies Fr. 64'422.- (Nominallohnindex Männer 2001: 1'902, 2007: 2'049). 5.1.2 Gemäss den Tabellenlöhnen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) erzielten Männer im tiefsten Anforderungsniveau im Jahr 2006 bei der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden Fr. 59'197.-, was nominallohnbereinigt im Jahr 2007 Fr. 60'229.- ergibt (Nominallohnindex Männer 2006: 2'014). Die Beschwerdegegnerin gewährte den maximal möglichen Leidensabzug von 25%, was als grosszügig zu betrachten ist. Da das Versicherungsgericht jedoch nicht leichtfertig in das von der Verwaltung ausgeübte Ermessen eingreifen darf, hat es dabei sein Bewenden. Das Invalideneinkommen beläuft sich daher auf Fr. 22'585.- (Fr. 60'229.- x 0.5 [Arbeitsfähigkeit] x 0.75 [Leidensabzug]). 5.1.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'422.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 22'585.- ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 65%. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bemessung des ab 1. Juni 2006 massgebenden Invaliditätsgrads ist im Ergebnis folglich nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für die Invaliditätsbemessungen für die davor liegenden Zeiten.

E. 6

6.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Rentenzuspreche der Beschwerdegegnerin gemäss den Verfügungen vom 27. Juni 2008 rechtmässig und die Beschwerde abzuweisen. 6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Sie ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.

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