

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/183 vom 4. Juli 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-07-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2011\\_183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_183)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/183 du 4 juillet 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/183 del 4 luglio 2013

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 2 IVG. Umschulung, Invalidenrente. Eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Erstattung des Gutachtens ist nicht anzunehmen. Nachdem eine leichtere psychische Gesundheitsbeeinträchtigung (leichte bis mittelschwere depressive Episode, nichtorganische Insomnie) rechtsprechungsgemäss nicht zu einer Invalidität führt, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer körperlich adaptierten Tätigkeit (leicht, wechselbelastend) zu 100 % arbeitsfähig ist. Mithin könnte sie ein annähernd gleich hohes Einkommen erzielen wie an ihrer zuletzt innegehabten Arbeitsstelle. Somit besteht kein Anspruch auf Umschulung oder Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juli 2013, IV 2011/183).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, wird eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente zugesprochen. Eine Invalidität von weniger als 40 % wird von der Invalidenversicherung rentenmässig nicht entschädigt. Versicherte Personen haben Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Art. 17 Abs. 1 IVG). Dabei wird u.a. ein invaliditätsbedingter Minderverdienst von rund 20 % vorausgesetzt (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f.; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 160, 9C\_125/2009 E. 4.5 mit Hinweisen). 1.2 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 E. 4 mit Hinweisen). 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 E. 3a).

## E. 2

2.1 Vorliegend stützt sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Dres. D. \_\_\_ und E. \_\_\_ vom 6. November 2009. Diese diagnostizierten (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein intermittierendes Cervicovertebralsyndrom (M54.2) bei/mit anamnestisch cervicocephaler Komponente (M53.0), Status nach Dekompression und Fusion HWK 5/6 wegen Diskushernie 2006 und aktuell geringem klinischen Korrelat. Psychiatrischerseits wurde eine nichtorganische Insomnie (F51.0) seit 2003 sowie eine depressive Episode, aktuell leicht bis mittelgradig (F32.0/F32.1), bestehend seit Oktober 2008, festgestellt. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, wie in allen anderen körperlich leicht belastenden Tätigkeiten mit Möglichkeit zu Wechselpositionen, zu 100 % arbeitsfähig. In Anbetracht der beginnenden Abnützungserscheinungen seien Tätigkeiten ohne Überbelastung der Kniegelenke, beispielsweise durch Treppensteigen, Gehen in unebenem Gelände oder Arbeit in knienden Körperpositionen zu 100 % zumutbar. Der Pflegeberuf mit Arbeit an den Patienten erscheine auf Grund der Rücken- wie der Nackenproblematik für Reintegrationsbemühungen ungünstig und sei derzeit noch im Rahmen von etwa 50 - 60 % zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit als medizinische Sekretärin und Koordinatorin sei demgegenüber aus psychiatrischen Gründen eingeschränkt. Die erhebliche Schlafstörung im Verbund mit der leichten bis mittelgradigen Depression ergebe aktuell noch eine verminderte Erholung und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, vor allem eine verminderte Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit, eine generelle Verunsicherung durch das Erlebte und damit verbunden eine labile Stimmung, was insgesamt eine verminderte Belastbarkeit ergebe. Aktuell sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als medizinische Sekretärin und Koordinatorin von rund 25 % auszugehen. Aus heutiger Sicht sei eine rund achtstündige Tätigkeit mit rund 25 % verminderter Arbeitsleistung in einem (adaptierten) Tätigkeitsbereich, in dem nicht allzu extreme Belastungsspitzen auftraten, die Arbeit eingeteilt werden könne und nicht allzu hohe Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit beständen, vorstellbar (act. G 4.1/108.25 und 108.27).

2.2 Die Beschwerdeführerin beanstandet in ihrer Beschwerde zunächst die Interpretation der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die Beschwerdegegnerin. So hätten die Gutachter mitnichten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in rheumatologischer Hinsicht für die bisherige Tätigkeit festgestellt. Im Gegenteil hätten sie darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin als medizinische Sekretärin zu 10 - 20 % eingeschränkt sei, was auch damit korreliere, dass die Beschwerdeführerin bei der B. \_\_\_ nur ein 80 %-Pensum zu bewältigen vermocht habe. Wie im Gutachten ausgeführt, ergebe sich aus arbeitsmedizinischer Sicht primär aus der postoperativen Situation mit daraus begründbaren organischen Veränderungen im Sinn des beschriebenen Cervikalsyndroms eine eingeschränkte Belastbarkeit der HWS für die Arbeit mit längerdauerndem Sitzen, Arbeit am PC oder in anderen wirbelsäulenbelastenden Bewegungsmonotonien oder Körperhaltungen (vgl. Gutachten, S. 26 und 28).

2.3 Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass der rheumatologische Gutachter ausdrücklich von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit ausgeht. Dies sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Koordinatorin bei der B. \_\_\_ als auch in jeder anderen körperlich leicht belastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen (act. G 4.1/108.27). Dabei geht er von den Angaben der Beschwerdeführerin betreffend die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus. Demnach habe sie dort das Arbeitsumfeld weitgehend optimieren können, so dass sie sich durch die Symptome des Cervikalsyndroms bis zum Eintreten der veränderten Arbeitsplatzsituation nie limitiert

gesehen habe und dies auch heute nicht tun würde (act. G 4.1/108.26). Nachdem die Beschwerdeführerin offenbar in der innegehabten Tätigkeit aus rein somatischer Sicht nicht beeinträchtigt war, ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin diese - oder auch eine andere leichte, wechselbelastende - Tätigkeit auch zu 100 % hätte ausüben können. Eine initiale Reduktion auf 80 % aus gesundheitlichen Gründen ist demgegenüber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Dafür fehlen die Vergleichswerte, hat die Beschwerdeführerin doch vor dieser Anstellung nur in körperlich nicht optimalen Tätigkeiten als Krankenpflegerin gearbeitet. Zuletzt arbeitete sie als Krankenschwester im Pflegeheim Z. \_\_\_ in einem 60 %-Pensum, was auch der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung für den erlernten Beruf entspricht (vgl. act. G 4.1/43). Auch aus dem Umstand, dass Dr. D. \_\_\_ für die Tätigkeit als medizinische Sekretärin eine Einschränkung von 10 - 20 % statuiert, lässt sich nichts zu Gunsten der beschwerdeführerischen Argumentation ableiten, betrachtet Dr. D. \_\_\_ diese überwiegend sitzende Tätigkeit doch nur als teilweise adaptiert. Es leuchtet ein, dass er für solche Tätigkeiten von einem erhöhten Pausenbedarf für die Einnahme von Wechselpositionen mit der genannten Einschränkung von 10 - 20 % ausgeht (vgl. act. G 4.1/108.28). Mit der Beschwerdegegnerin ist also davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in Tätigkeiten, welche die qualitativen Einschränkungen berücksichtigen (keine wirbelsäulenbelastenden Bewegungsmonotonien, keine Überbelastung der Kniegelenke etwa durch Treppensteigen oder Gehen in unebenem Gelände) aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig ist.

2.4 Im Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, auch die Insomnie habe einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter führten diese zwar als Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf, doch werde darauf bei der Frage nach der Höhe der Einschränkung nicht mehr Bezug genommen. Wie sich aus dem psychiatrischen Gutachten ergibt, trifft dies nachweislich nicht zu. Vielmehr geht Dr. E. \_\_\_ davon aus, dass die erhebliche Schlafstörung im Verbund mit der leichten bis mittelgradigen Depression aktuell zu einer verminderten Erholung und zu einer verminderten Konzentration führe. Insgesamt ergebe sich eine verminderte Belastbarkeit in der angestammten Tätigkeit als Koordinatorin, aber auch als medizinische Sekretärin - letztlich in jeder körperlich adaptierten Tätigkeit -, von 25 %. Diese Arbeitsfähigkeit sei ganztags mit reduzierter Leistung zu erbringen, wobei keine allzu extremen Belastungsspitzen vorkommen sollten, die Arbeit eingeteilt werden könne und keine allzu hohen Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit gestellt werden sollten (act. G 4.1/107.19 f.). Mithin hat Dr. E. \_\_\_ die Insomnie sehr wohl in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung mit einbezogen. Im Übrigen hält er die Schlafbeschwerden für noch nicht austherapiert. So habe noch keine schlafspezifische Abklärung stattgefunden, noch seien die gängigen schlafanstossenden Antidepressiva versucht worden. Die Differenzen zu Dr. C. \_\_\_ erklärt er damit, dass sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung des behandelnden Arztes auf den letzten Arbeitsplatz bezogen habe, wohin eine Rückkehr nicht zumutbar wäre (und ohnehin nicht möglich ist [act. G 4.1/107.20]). Im Weiteren hat die Beschwerdegegnerin die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur fehlenden invalidisierenden Wirkung der psychiatrischen Diagnosen (nichtorganische Insomnie [F51.0] sowie leichte bis mittelgradige depressive Episode [F32.0/32.1]) in der angefochtenen Verfügung ausführlich dargelegt (act. G 4.1/172.1 ff.). Es kann darauf verwiesen werden. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, hätte ausserdem selbst die Annahme einer nur 75 %igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit keine rentenbegründende Wirkung.

2.5 Am 9. Juli 2010 widerrief die Beschwerdegegnerin die

(erste) Verfügung vom 8. März 2010 und kündigte weitere Abklärungen an (act. G 4.1/144). In diesem Zusammenhang gab die Beschwerdeführerin an, sie sei aktuell bei ihrem Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ und der Diabetologin Dr. med. H.\_\_\_\_ (Praxisgemeinschaft Dr. F.\_\_\_\_) in Behandlung (act. G 4.1/152). Im entsprechenden Bericht vom 25. August 2010 diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ unter anderen eine labile arterielle Hypertonie mit z.T. exzessiven Blutdruckwerten, Rückenschmerzen bei Osteochondrose sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit bei rezidivierenden depressiven Verstimmungen. Die Prognose sei stationär bis sich verschlechternd. Organisatorische Arbeiten im Sozial- oder Pflegebereich seien (in Phasen verstärkter Beschwerden) zu 50 % möglich, entweder als Halbtagsarbeit oder auf mehrere Stunden verteilt. Bei geringeren Beschwerden bestehe vorübergehend eine bessere bis volle Belastbarkeit (act. G 4.1/158.4). Demgegenüber betrachtete Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 25. August 2010 die Prognose (in Bezug auf die grenzwertig gestörte Nüchtern glukose) unter Weiterführung von Lifestyle-Massnahmen wie regelmässiger körperlicher Aktivität, Anstreben einer Gewichtsreduktion und medikamentöser Therapie mit Metformin als gut (act. G 4.1/157.3; vgl. auch Bericht Dr. H.\_\_\_\_ vom 16. August 2010 an Dr. G.\_\_\_\_ [act. G 4.1/158.12 ff.]). Aus einem weiteren Bericht an Dr. G.\_\_\_\_ der Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 2. August 2010 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 27. - 28. Juli 2010 wegen einer hypertensiven Entgleisung infolge exzessiver Belastung auf dem Hometrainer hospitalisiert werden musste. Der anfängliche Verdacht eines akuten Koronarsyndroms konnte nicht erhärtet werden. Die Entlassung erfolgte in gutem Allgemeinzustand unter Empfehlung engmaschiger Blutdruckkontrollen (act. G 4.1/158.6 f.). In psychiatrischer Hinsicht scheint sich die Situation sogar gebessert zu haben, war doch die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der zusätzlichen Abklärungen nicht mehr in psychiatrischer Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ und hat diese nach eigenen Angaben erst ab 28. Juli 2011 wieder fortgeführt (vgl. Replik, Ziff. IV. 1.1). Mit Stellungnahme vom 2. November 2010 erachtete der RAD den Gesundheitszustand bei dieser Sachlage als stabil (act. G 4.1/161.2). Dies erscheint nachvollziehbar, beziehen sich doch die neuen Arztberichte im Wesentlichen auf die bereits bekannte arterielle Hypertonie und die gestörte Glukosetoleranz oder aber auf vorübergehende Zustände wie die hypertensive Entgleisung. Zudem vermag auch ein erst mit der Beschwerde eingereichter Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und Innere Medizin, vom 15. April 2011 keinen verschlechterten Zustand in Bezug auf die kardiologischen Probleme zu belegen. Auch er diagnostizierte im Wesentlichen die bereits bekannte schwer einstellbare arterielle Hypertonie bei stark schwankenden Blutdruckwerten sowie die kardiovaskulären Risikofaktoren wie konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, grenzwertiger Diabetes mellitus und Übergewicht. Zur Zeit seien Ruhe- und Belastungshypertonie gut eingestellt. Als Procedere nannte Dr. I.\_\_\_\_ unter anderem weitere regelmässige Blutdruckmessungen, die Einnahme von Adalat bei Bedarf sowie ein psychiatrisches Konsil bei Dr. J.\_\_\_\_ (act. G 1.1.3). Zusammenfassend ist damit bis zum Verfügungserlass vom 11. April 2011 nicht von einem wesentlich veränderten Gesundheitszustand auszugehen. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass die genannten kardiologischen und diskreten diabetologischen Befunde keinen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausüben. 2.6 Mit Replik vom 17. Oktober 2011 macht die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands nach Verfügungserlass geltend. So sei sie ab 28. Juli 2011 wieder in engmaschiger Behandlung durch den Psychiater Dr. C.\_\_\_\_. Diesbezüglich seien weitere Abklärungen zu treffen, insbesondere die Einholung eines Arztberichts von Dr. C.\_\_\_\_, allenfalls eine erneute

psychiatrische Begutachtung. Nachdem die Beschwerdeführerin, wie vorstehend ausgeführt, zum Zeitpunkt der erneuten Abklärungen im Herbst 2010 nicht in psychiatrischer Behandlung war und zu diesem Zeitpunkt vor allem die kardiologischen Probleme im Vordergrund standen, erscheint der Sachverhalt - insbesondere in psychiatrischer Hinsicht - zum Verfügungszeitpunkt vollständig abgeklärt. Eine nachträgliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands ist demnach nicht im vorliegenden Verfahren zu prüfen. Vielmehr ist die Beschwerdeführerin diesbezüglich auf den Revisionsweg bzw. die Neuanschuldung zu verweisen. Immerhin kann die replicando vorgebrachte Verschlechterung als fristwährend im Sinn von Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV angesehen werden.

2.7 In Bezug auf den Einkommensvergleich macht die Beschwerdeführerin zunächst geltend, das Valideneinkommen an der zuletzt besetzten Stelle sei auf 100 % hochzurechnen. Wie bereits in E. 2.3 ausgeführt, ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin das initiale Arbeitspensum 1999 aus gesundheitlichen Gründen auf 80 % beschränkt hätte. Mangels anderer Anhaltspunkte ist somit von der freiwilligen Beschränkung auf 80 % auszugehen, zumal nach eigenen Angaben der Beschwerdeführerin keine finanzielle Notwendigkeit eines höheren Pensums bestanden hatte (vgl. Replik, Ziff. IV. 2.2). Daran ändert nichts, dass ab 2003 eine Aufstockung auf 100 % infolge des Burnouts wohl tatsächlich nicht mehr möglich gewesen wäre. Die Beschwerdegegnerin ging vom Einkommen 2007 aus (13 x Fr. 5'685.60 = Fr. 73'912.80 [vgl. act. G 4.1/75.11 und 71.2]) und passte dieses an die Nominallohnentwicklung bis 2009 an, was ein Valideneinkommen von Fr. 77'004.-- ergebe (act. G 4.1/172.3). Wie sich aus dem Lohnjournal ergibt, erzielte die Beschwerdeführerin allerdings bereits 2008 ein effektives Einkommen von Fr. 77'213.-- (Fr. 5'939.45 x 13 [act. G 4.1/75.9]). Es rechtfertigt sich damit, auf dieses im Jahr 2008 effektiv erzielte Einkommen abzustellen.

2.8 Für das Invalideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne der LSE ab. Dabei verwendete sie die Tabelle TA1, Gesundheits- und Sozialwesen (Ziff. 85). Auf Grund der Berufs- und Führungserfahrung rechtfertigt es sich, vom Durchschnitt der Niveaus 2 (Verrichtung selbstständiger und qualifizierter Arbeiten) und 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) auszugehen. Auf eine Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden hochgerechnet ergebe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 75'036.-- (2008 [act. G 4.1/172.4]). Dies erscheint angesichts der Ausbildung der Beschwerdeführerin, der von ihr langjährig ausgeübten Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ sowie der von ihr absolvierten Weiterbildungen (vgl. act. G 4.1/153 und 156) als angemessen. Nicht zu folgen ist der Beschwerdeführerin, soweit sie geltend machen lässt, es werde für die Bemessung des Invalideneinkommens eine Tätigkeit zu Grunde gelegt, die nicht - bzw. noch nicht - ihrer Ausbildung und beruflichen Qualifikation entspreche. Für diese Tätigkeiten sei das Niveau 2 heranzuziehen (gemeint wohl: Niveau 4). Der Beschwerdeführerin sind nach dem Gesagten körperlich adaptierte Tätigkeiten zu 100 % zumutbar. Nachdem die Beschwerdeführerin in der Lage ist, ähnliche Stellen wie diejenige bei der B.\_\_\_\_ zu bekleiden, ist auch nicht von einer wesentlichen Lohneinbusse auszugehen. Dies zeigt sich auch daran, dass sie nach eigenen Angaben ab Januar 2011 als Stationsleiterin beim Hausbetreuungsdienst Stadt und Land in einem 50 %-Pensum einen Lohn von Fr. 42'822.-- erzielen konnte (vgl. act. G 4.1/166). Zusammenfassend ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 2,8 % ([Fr. 77'213.-- - Fr. 75'036.--] : Fr. 77'213.-- x 100). Selbst die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer körperlich adaptierten Tätigkeit würde nur zu einem Invaliditätsgrad von 27,1 % führen ([Fr. 77'213.-- - Fr. 56'277.--] : Fr. 77'213.-- x 100). Es besteht damit kein Rentenanspruch. Ein Umschulungsanspruch besteht bei einem

Invaliditätsgrad von 2,8 % ebenfalls nicht. Ausserdem erscheint eine Umschulung zur Case-Managerin nicht zielführend, wäre doch die Beschwerdeführerin auch als Case-Managerin weiterhin zu 25 % arbeitsunfähig, ohne dass wahrscheinlich erscheint, dass sie in diesem Bereich ein höheres Einkommen als ihr bisheriges Valideneinkommen erzielen könnte.

### **E. 3**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss wird ihr daran angerechnet.

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