

VD_GERICHTE ZD12.026213 vom 4. März 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.026213

FR: VD_GERICHTE ZD12.026213 du 4 mars 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.026213 del 4 marzo 2013

Erwägungen

E. 19

juin 2012, la Dresse H. _____ explique notamment que l'assurée a été réopérée une nouvelle fois de la colonne vertébrale dans le courant de l'année 2011 en raison d'une faiblesse importante dans les membre supérieurs, avec également et surtout des douleurs extrêmement invalidantes, et qu'elle se déplace actuellement à l'aide d'une canne et ne peut effectuer que de très courts trajets eu égard, d'une part, aux multiples douleurs de la colonne cervicale, dorsale et lombaire qu'elle a quotidiennement et qui nécessitent des médicaments antalgiques importants, et, d'autre part, au fait qu'elle porte une pompe à Fentanyl implantée; la Dresse H. _____ relève de surcroît la présence d'une bronchopneumopathie chronique obstructive sévère qui limite également les déplacements de l'assurée pour des raisons respiratoires. b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 10 septembre 2012. Il considère en substance que les rapports des Drs H. _____, S. _____ et E. _____ – datés respectivement des 24 mai, 15 avril et 4 mars 2011 – ne sont pas suffisants pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée, attendu qu'ils font état de pathologies identiques à celles documentées lors du rejet de la première demande de prestation en date

- 13 - du 29 mai 2009; il renvoie sur ce point à l'avis médical SMR du 22 décembre 2011. L'intimé estime par ailleurs que les rapports médicaux déposés avec le recours du 3 juillet 2012 n'ont pas à être pris en compte dans le cadre du présent litige concernant un refus d'enter en matière sur une nouvelle demande de prestation. c) Dans sa réplique du 10 octobre 2012, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions, considérant en particulier avoir rendu vraisemblable une modification de l'état de fait propre à influencer le droit à la prestation. d) Une audience d'instruction a été tenue le 20 novembre 2012, au cours de laquelle les parties ont été entendues dans leurs explications. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

- 14 - cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant

en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA- VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, l'objet du litige, défini par la décision attaquée du 4 juin 2012, consiste en un refus d'entrer en matière. L'OAI considère, en effet, que l'assurée n'a pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision entrée en force du 29 mai 2009. Dès lors, et quand bien même les conclusions en réforme de la recourante tendent à l'octroi d'une scooter électrique, la seule question litigieuse est celle de savoir si l'assurée rend vraisemblable que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Tout autre grief ou conclusion qui sort du cadre précité doit en conséquence être déclaré irrecevable. 3. La Cour de céans, tenue d'agir selon la maxime d'office (cf. art. 89 LPA-VD), constate que l'OAI a statué le 4 juin 2012 sans avoir donné suite à la demande de l'assurée du 29 mai 2012 tendant à la prolongation du délai initialement imparti pour se déterminer sur le projet de décision du 24 avril 2012, de sorte que l'intéressée n'a en définitive pas pu prendre position sur le préavis de l'office. La question de savoir si, ce faisant, l'intimé a violé le droit d'être entendu de la recourante – vice formel qui, le cas échéant, entraînerait l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'autorité inférieure – peut cependant demeurer indécise en

- 15 - l'occurrence, dès lors que le recours doit de toute manière être admis sur le fond pour les motifs qui seront exposés ci-après (cf. consid. 6 infra). 4. La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATF 127 V 466 consid. 1); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b; cf. TF 8C_107/2009 du 18 janvier 2010). En l'espèce, conformément à ces principes généraux de droit transitoire, il y a lieu d'examiner le droit aux prestations à l'aune des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'état de fait juridiquement déterminant s'étant réalisé avant l'entrée en vigueur du premier volet de la 6ème révision de la LAI au 1er janvier 2012 (cf. dans ce sens : TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011). 5. Les dispositions relatives à la révision des rentes d'invalidité s'appliquent par analogie à la révision des décisions concernant les moyens auxiliaires (cf. ATF 135 I 161 consid. 4.2 et ATF 113 V 22 consid. 3b; cf. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2ème édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 39 ad art. 17 LPGa, p. 239; cf. Jean-Louis Duc, L'assurance- invalidité, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2ème édition, Bâle/Genève/Munich 2007, n° 172 p. 1460). Il y a également lieu de se référer à un tel raisonnement analogique en cas de nouvelle demande d'un moyen auxiliaire après une décision de refus de prestation entrée en force (cf. dans ce sens ATF 113 V

consid. 3b qui renvoie à l'art. 87 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 [cf. consid. 4 supra], actuellement cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas

- 16 - d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écartier sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure

- 17 - régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être

pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées). 6. En l'espèce, l'OAI n'étant pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'entremise du Dr R. _____ le 6 novembre 2009 puis du CMS le 19 janvier 2010, il n'y a par conséquent pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de moyen auxiliaire entrée en force du 29 mai 2009 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le droit à la prestation s'est produit. Il convient exclusivement de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de novembre 2009, respectivement janvier 2010, a établi de façon plausible que la situation s'était modifiée depuis le précédent refus de prestation.

- 18 - a) On relèvera à titre préalable que les comptes-rendus de la Dresse H. _____ des 4 et 19 juin 2012 n'ont pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ces documents n'ont été portés à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 5b supra). En effet, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible, devant l'OAI, une modification significative de sa situation depuis la décision initiale de refus de moyen auxiliaire. b) C'est notamment par le biais du compte-rendu du Dr R. _____ du 6 novembre 2009 que l'OAI a été saisi d'une nouvelle demande visant à l'octroi d'un scooter électrique en faveur de l'assurée. Dans son rapport, ce médecin a confirmé la nécessité d'un tel moyen auxiliaire et s'est pour le surplus référé à divers diagnostics (bronchopneumopathie, syndrome d'apnée du sommeil, polyarthrite rhumatoïde, et maladie dermatologique d'origine auto-immune) ainsi qu'aux suivis médicaux en cours, précisant en particulier que l'intéressée allait prochainement être traitée et appareillée pour ses problèmes d'apnée du sommeil. D'une part, il y a lieu de relever le caractère laconique de l'écrit du Dr R. _____, ce dernier ayant énoncé diverses pathologies – dont certaines n'avaient certes jusqu'alors pas été mentionnées (à savoir la bronchopneumopathie et le syndrome d'apnée du sommeil, contrairement à l'atteinte dermatologique citée par le Dr N. _____ [cf. rapport du 11 mars 2008] et à la polyarthrite déjà évoquée par les Drs T. _____ [cf. rapport du 27 février 2008 p. 1] et N. _____ [cf. rapport du 11 mars 2008]) – mais en se gardant toutefois d'expliquer concrètement en quoi la situation s'était modifiée au plan clinique et fonctionnel depuis la date déterminante de la décision litigieuse rendue six mois plus tôt, le 29 mai 2009. Or, le simple fait d'énumérer des diagnostics sans fournir la moindre indication quant au moment de leur survenance ou à leur évolution au cours de la période analysée ne permet pas de conclure à une modification plausible de la situation depuis la décision initiale de refus de prestation. D'autre part, pour ce qui est du syndrome d'apnée du sommeil mentionné par ce médecin, il faut rappeler que, par

- 19 - avis médical SMR du 27 novembre 2009, le Dr V. _____ a exposé que dans la mesure où l'intéressée allait être traitée et appareillée, la fatigue diurne entraînée par cette atteinte était appelée à s'estomper. Au vu de ces éléments, il apparaît que le rapport du Dr R. _____ du 6 novembre 2009 s'avère insuffisant pour justifier à lui seul qu'il soit entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. c) Le même constat s'impose pour ce qui est des avis médicaux des Drs F. _____ et Z. _____, datés respectivement des 13 et 21 avril 2010 et produits à la suite de la décision de non entrée en matière du 10 mars

2010, annulée par la Cour de céans le 31 janvier 2011. Ces médecins se sont effet contentés de signaler les difficultés rencontrées par l'assurée pour se déplacer en portant des charges, que ce soit en raison de troubles pneumologiques suivis depuis novembre 2008 (cf. rapport du Dr F. _____ du 13 avril 2010) ou à cause d'une affection indéterminée (cf. rapport du Dr Z. _____ du 21 avril 2010), mais ils n'ont néanmoins nullement laisser à entendre que les difficultés en question seraient dues à une évolution des troubles de la recourante depuis la décision initiale de refus de prestation. d) Il convient en revanche d'opérer une distinction en ce qui concerne les informations fournies par la Dresse H. _____. D'un côté, on constate que dans son rapport du 24 mai 2011, cette praticienne a mentionné des atteintes déjà évoquées au cours des procédures antérieures – s'agissant de la polyarthrite (cf. rapports des Drs T. _____ [du 27 février 2008 p. 1] et N. _____ [du 11 mars 2008]) et des différents status en lien avec les interventions chirurgicales pratiquées jusqu'alors au niveau de la colonne cervicale et lombaire (cf. rapport d'expertise de la Dresse Y. _____ du 19 mai 2005 p. 2; cf. rapport du Dr N. _____ du 11 mars 2008; cf. rapport de la Dresse G. _____ du 18 août 2008) – et qu'elle s'est en outre contentée de signaler une BPCO de stade II et une insuffisance cardiaque sans expliquer concrètement en quoi ces pathologies étaient constitutives d'une évolution significative depuis la décision du 29 mai 2009, étant par ailleurs souligné que l'instruction

- 20 - menée précédemment avait déjà révélé que la recourante présentait des troubles cardiaques, singulièrement une tachycardie (cf. rapport d'expertise de la Dresse Y. _____ du 19 mai 2005 p. 12) et une hypertrophie concentrique ventriculaire gauche (cf. rapport du Dr N. _____ du 11 mars 2008). En tant que tels, les éléments susmentionnés ne sont donc pas révélateurs d'un changement important depuis la décision initiale de refus de prestation. D'un autre côté, dans ce même rapport du 24 mai 2011, la Dresse H. _____ a signalé que l'assurée présentait une uncarthrose étagée de C3 à C7 (détectée par le Dr E. _____ dans son rapport de myélo-CT cervical et lombaire du 4 mars 2011), alors qu'auparavant ce trouble n'était connu qu'au niveau de C4 à C6 (cf. rapport d'expertise de la Dresse Y. _____ du 19 mai 2005 p. 11; cf. rapport de la Dresse G. _____ du 18 août 2008 p. 1), ce qui plaide en faveur d'une évolution des troubles de l'assurée. Bien plus, la Dresse H. _____ a indiqué qu'une intervention chirurgicale allait prochainement être réalisée pour une récurrence de hernie discale cervicale. Il est vrai que selon les informations fournies par cette même praticienne le 7 octobre 2011, cette intervention se serait bien déroulée. Il n'en demeure pas moins que l'on ignore tout de l'impact concret de l'opération en cause. En l'état du dossier, on ne peut en particulier exclure que cette intervention ait eu des conséquences sur la mobilité de l'assurée, singulièrement sur son aptitude à la marche et/ou au port de charges, paramètres dont il conviendrait de tenir compte pour l'octroi d'un scooter électrique. Sous cet angle, une modification significative de la situation par rapport à celle prévalant au 29 mai 2009 paraît donc plausible. A cela s'ajoute qu'à l'appui de son compte-rendu du 24 mai 2011, la Dresse H. _____ a notamment annexé un rapport établi le 15 avril 2011 par le Dr S. _____, faisant état non seulement d'une recrudescence des douleurs cervicales, mais aussi de douleurs de l'épaule gauche en aggravation subaiguë dans le contexte d'une poussée de périarthrite scapulo-humérale gauche. Ce médecin a en particulier relevé que les douleurs scapulaires étaient «permanentes [et] accentuées par

- 21 - tous les mouvements sollicitant le [membre supérieur gauche] avec limitation et par conséquent des difficultés dans les activités quotidiennes de la vie» (cf. rapport du Dr S. _____ du 15 avril 2011 p. 2). Or, l'existence d'une symptomatologie affectant l'épaule

gauche de l'assurée pourrait de toute évidence influencer sa capacité à se déplacer le cas échéant avec des cannes (étant précisé qu'elle en possède une depuis le mois d'octobre 2007, cf. demande de moyen auxiliaire du 15 juillet 2008 ch. 4.6) ainsi qu'à porter des charges – ces éléments étant susceptibles de revêtir une certaine importance pour l'octroi d'un scooter électrique. Il convient donc de considérer, sur ce point également, qu'un changement notable des circonstances depuis la décision du 29 mai 2009 s'avère plausible. e) Cela étant, on ne peut que s'écarter de l'avis médical SMR du 22 décembre 2011, aux termes duquel les Drs M._____ et X._____ ont exclu toute aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis mai 2009, les pathologie étant identiques, plus ou moins stabilisées et sans nouvelle atteinte. Ces médecins se sont en effet contentés d'affirmer péremptoirement leur position, sans aucune réelle motivation en particulier quant aux nouveaux troubles cervicaux et de l'épaule gauche signalés par les Drs H._____ et S._____ dans leurs rapports respectifs des 24 mai et 15 avril 2011. Du reste, l'avis des Drs M._____ et X._____ est d'autant plus sujet à caution que ces derniers se sont prononcés sur des problèmes de fond (à savoir le bien-fondé de la remise du moyen auxiliaire sollicité) alors même qu'ils n'étaient sollicités que pour déterminer s'il y avait lieu ou pas d'entrer en matière. f) Au vu de ce qui précède, c'est donc à tort que, par décision du 4 juin 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée visant à l'octroi d'un scooter électrique. 7. Par surabondance, on peut s'étonner de l'attitude incohérente adoptée par l'OAI dans le cadre de la présente affaire. Cet office a en effet appris en octobre 2011 que l'assurée s'était vu prêter un scooter électrique par la FSCMA (cf. communication de cette institution du 20 - 22 - octobre 2011). Il en a ensuite pris acte dans un avis juriste du 16 décembre 2011. Toutefois, loin de demander la restitution du scooter électrique en question à titre de mesure provisionnelle, l'OAI s'est contenté de laisser l'intéressée en faire usage, situation qui perdure à l'heure actuelle depuis plus d'un an. Or, un tel comportement pourrait à n'en pas douter s'avérer problématique sous l'angle de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.). Ce point ne faisant toutefois pas l'objet de la présente procédure, il n'y a pas lieu de se pencher davantage sur le sujet. 8. a) En définitive, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable, et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à sa charge La recourante, qui a obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 2'000 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 3 juillet 2012 par Q._____ est admis dans la mesure où il est recevable.

- 23 - II. La décision rendue le 4 juin 2012 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ des dépens à hauteur de 2'000 fr. (deux mille francs). La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Philippe Graf (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit

public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

- 24 - constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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