

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00234 vom 23. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00234 du 23 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00234 del 23 maggio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 19. Januar 2005) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 4 Erw. 1.2 mit Hinweis). Ferner sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 259 Erw. 3.5, BGE 130 V 333 Erw. 2.3, BGE 130 V 425 Erw. 1.1, BGE 130 V 447 Erw. 1.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Nachdem das Kostengutsprache gesuch am 18. Mai 2004 erfolgt und der Einspracheentscheid der IV-Stelle am 19. Januar 2005 ergangen ist, finden bei der Beurteilung des geltend gemachten Anspruchs sowohl die Bestimmungen des auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) einschliesslich der damit verbundenen Änderungen der Invalidengesetzgebung als auch die mit der 4. IV-Revision auf den 1. Januar 2004 neu eingeführten oder geänderten Normen Anwendung.

Zu ergänzen ist, dass die von der Rechtsprechung herausgebildeten Grundsätze und Definitionen unter der Herrschaft des ATSG prinzipiell weiterhin Geltung beanspruchen (BGE 130 V 352 Erw. 3.6).

1.2 Nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2).

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen, GgV). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt. Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

1.3 Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt (Art. 9 Abs. 1 IVG). Erweist sich die Durchführung einer Eingliederungsmassnahme in der Schweiz als unmöglich, insbesondere weil die

erforderlichen Institutionen oder Fachpersonen fehlen, so übernimmt die Versicherung die Kosten einer einfachen und zweckmässigen Durchführung im Ausland. Die Versicherung übernimmt die Kosten für eine einfache und zweckmässige Durchführung medizinischer Massnahmen, die notfalls im Ausland durchgeführt werden. Wird eine Eingliederungsmassnahme aus anderen beachtlichen Gründen im Ausland durchgeführt, so vergütet die Versicherung die Kosten bis zu dem Umfang, in welchem solche Leistungen in der Schweiz zu erbringen gewesen wären (Art. 23 bis Abs. 1, 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

Die Anforderungen an das Vorliegen beachtlicher Gründe dürfen nicht überspannt werden, weil ansonsten die Abgrenzung zu den Voraussetzungen gemäss Art. 23 bis Abs. 1 IVV schwierig würde und Abs. 2 praktisch tot Buchstabe bliebe. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Invalidenversicherung mit dieser Regelung nicht stärker belastet würde, als wenn die Massnahme in der Schweiz durchgeführt würde. In BGE 110 V 102 wurde unter Verweis auf BGE 98 V 100 festgehalten, dass besondere persönliche Erfahrungen eines Arztes auf dem in Frage stehenden Gebiet nicht entscheidend sind für das Vorliegen beachtlicher Gründe; denn die Invalidenversicherung hat nicht für die bestmögliche Massnahme aufzukommen, sondern nur für diejenige, welche im Einzelfall notwendig und genügend ist. In der Schweiz während Jahren erfolglos durchgeführte Massnahmen und Abklärungen gelten jedoch als für eine Abklärung im Ausland beachtlich im Sinne von Art. 23 bis Abs. 2 IVV (BGE 110 V 102).

E. 2

2.1 Strittig ist, ob die Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme für die in C.____ vorgenommenen medizinischen Eingriffe hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung der Kostengutsprache damit, dass die beantragten Massnahmen zweifelsfrei in der Schweiz durchzuführen gewesen wären. Die kinderchirurgischen Zentren der Schweiz würden über das praktische Wissen verfügen, um die nötigen Behandlung und die Nachkontrollen durchzuführen (Urk. 2 S. 2 unten). Es lägen keine beachtlichen Gründe im Sinne von Art 23 bis IVV vor (Urk. 7/21 S. 1 unten).

Der Entscheid, die Beschwerdeführerin in C.____ behandeln zu lassen, werde allein mit der Erfahrung von Dr. A.____ begründet (Urk. 6 unten).

Gemäss Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherung könne nicht von einem therapeutischen Misserfolg in der Schweiz ausgegangen werden (Urk. 7/1 S. 3 oben, Urk. 7/29). Vielmehr hätten sich die Eltern der Versicherten, als sich die Notwendigkeit einer erneuten Bougieung abgezeichnet habe, entschlossen, die weitere Behandlung in C.____ durchführen zu lassen, wofür der Kontakt zur Organisation KEKS (Kreis für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenmissbildung) eine erhebliche Rolle gespielt habe. Eine grössere Erfahrung reiche für die Anwendung von Art. 23 bis Abs. 3 IVV nicht aus.

2.3 Die Eltern der Versicherten hielten dem entgegen, dass es ihrer Tochter nach der Bougieung im Kinderspital ____ zunehmend schlechter gegangen sei. Sie sei nicht fähig gewesen, im Alter von zehn Monaten feste Nahrung zu schlucken. Ganz fein pürierte, fast flüssige Nahrung habe sie essen können. Das Kinderspital habe jedoch die Haltung eingenommen, dass kein Anlass für eine weitere Intervention bestehe,

solange sie auf diese Weise essen können. Diesen Zustand hätten sie als unaushaltbar empfunden worden, umso mehr als die Tochter innerhalb von sechs Monaten nur 800 Gramm schwerer geworden sei. Es sei zunehmend klar geworden, dass ihr geholfen werden müsse, damit sie einigermaßen altersgerecht essen und sich normal entwickeln könne (Urk. 1 S. 2 unten).

Am Ende April 2004 hätten sie sich an die Elternhilfsorganisation KEKS (Kreis für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenmissbildung) gewandt und am 15./16. Mai 2004 am jährlichen Kongress in D. teilgenommen, wo sie Dr. med. A. kennen gelernt hätten. Dieser habe sich nach Schilderung der Probleme sofort bereit erklärt, die Versicherte in C. zu untersuchen und wenn nötig zu bougieren. Prof. Dr. med. E. vom Kinderspital sei daraufhin telefonisch über dieses Vorhaben in Kenntnis gesetzt worden und habe die Einholung einer Zweitmeinung vorbehaltlos unterstützt (Urk. 1 S. 3 oben).

Am 23./24. Mai 2004 sei die Versicherte in C. von Dr. A. untersucht und ihre Speiseröhre, welche in jenem Zeitpunkt einen Durchmesser von 3 mm aufgewiesen habe, aufgedehnt worden. Es seien weitere vier bis sechs Bougierungen ins Auge gefasst worden. Am 3. Juni 2004, am 17. Juni 2004, am 19. Juli 2004 und am 20. September 2004 seien in C. weitere Bougierungen vorgenommen worden (Urk. 1 S. 3 unten).

Die Gründe, welche sie veranlasst hätten, die Abklärungen und Behandlungen in C. durchführen zu lassen, seien beachtlich im Sinne von Art. 23 bis Abs. 3 IVV. Das Essen mit der Tochter sei jedes Mal furchtbar gewesen, sie habe im Alter von fast zwölf Monaten nicht mehr gefüttert werden wollen und die beinahe flüssige Nahrung abgelehnt. Damit habe sie eindeutig zu wenig Essen zu sich genommen, immer Hunger gehabt und sei unzufrieden und unausgeglichen gewesen. Bei jedem Versuch mit festerer Nahrung habe die Angst bestanden, dass sie ersticken würde. Daneben habe die Gefahr bestanden, dass durch die erweiterte Speiseröhre vermehrt Bronchitis und Lungenentzündungen auftreten könnten, da die hängen gebliebene Nahrung einen Infektionsherd darstelle (Urk. 1 S. 4 oben).

Nach dem Gesuch um Kostengutsprache vom 18. Mai 2004 sei während dreier Monate keinerlei Reaktion der Beschwerdegegnerin erfolgt. Die einmalige Bougierung vom 16. März 2004 sei durch das Kinderspital als genügend erachtet worden und es sei nur eine Nachkontrolle vorgesehen gewesen (Urk. 1 S. 5 Mitte). Die Anzahl der in der Schweiz durchgeführten Eingriffe an Kindern mit Oesophagusatresie sei zu klein, um einen entsprechenden Erfahrungsschatz aufbauen zu können. Demgegenüber sei die Erfahrung der Klinik in C. riesig. Heute könne die Beschwerdeführerin frappant besser essen, was sich auf ihre gesamte Entwicklung auswirke (Urk. 1 S. 5 unten).

E. 3

3.1 Dem Operationsbericht des Kinderspitals vom 20. Mai 2003 lässt sich entnehmen, dass bei der am 19. Mai 2003 geborenen Versicherten eine Oesophagusatresie diagnostiziert wurde, weshalb am 20. Mai 2003 eine Thorakotomie rechts, eine Fistelligatur und End-zu-End-Anastomose des Oesophagus vorgenommen wurden (Urk. 7/7 S. 1). Im Anschluss an diese Operation sei die Versicherte auf die Intensivstation verlegt und für mehrere Tage beatmet worden (Urk. 7/7 S. 2 oben).

3.2 Die Ärzte des Kinderspitals ____ diagnostizierten am 14. Juli 2003 eine Oesophagusatresie III b (Urk. 7/28 S. 1). Vom 19. Mai 2003, dem Tag der Geburt, bis zum 5. Juni 2003 sei die Versicherte in der Intensivstation / Neonatologie hospitalisiert gewesen. Am zweiten Lebenstag sei ein operativer Eingriff zur Behebung erfolgt mit insgesamt problemlosem postoperativem Verlauf. Eine narbige Oesophagusstenosierung im Anastomosenbereich sei im weiteren Verlauf möglich und könne eine Intervention (Bougierung) notwendig machen (Urk. 7/28 S. 2 Mitte).

3.3 Am 18. März 2004 stellten die Ärzte des Kinderspitals ____ folgende Diagnose (Urk. 7/8 S. 1 Mitte):

- Anastomosenstriktur und Papier-Fremdkörper bei
- Status nach Oesophagusatresie Typ III b mit End-zu-End-Anastomose und Verschluss der Fistel am 20. Mai 2003

Am 16. März 2004 seien nach Schluckbeschwerden sowohl eine Bougierung wie auch die Entfernung der Fremdkörper erfolgt. Bei der abschliessenden Kontrolle habe sich keine Perforation oder Schleimhautläsion gezeigt. Nach Überwachung bis zum 17. März 2004 habe die Versicherte in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können. Eine erneute Konsultation sei nur bei Beschwerden erforderlich und die Eltern seien eingehend über mögliche Komplikationen informiert worden (Urk. 7/8 S. 2 oben).

3.4 Am 24. Mai 2004 verfasste Dr. med. A. ____, Chefarzt Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin des Kinderkrankenhauses der Kliniken der Stadt C. ____ GmbH, für die Ärzte des Kinderspitals ____ gestützt auf eine stationäre Behandlung vom 23. Mai 2004 bis 25. Mai 2005 einen Bericht, in welchem er folgende Diagnose stellte (Urk. 7/11 S. 1 Mitte):

- Ausgeprägter, vollständiger Kollaps der Trachea im mittleren Drittel mit ventraler Pulsation
 - Ausgeprägte Anastomosenstenose des Oesophagus mit seitlichen Taschenbildungen
- Überraschend sei die mittlere Trachea vollständig kollabiert. Er gehe davon aus, dass eine konsequente Aufbougieung die Stenose beseitigen müsse (Urk. 7/11 S. 1 f.).

3.5 Im Arztbericht vom 21. Juli 2004 an die Beschwerdegegnerin stellten die Ärzte des Kinderspitals ____ folgende Diagnose (Urk. 7/27 S. 1 lit. A):

- Oesophagusatresie Typ III b
- Anastomosen-Strikturen und Papierfremdkörper am 16. März 2004

Häufig seien nach Operationen einer Oesophagusatresie aufgrund Strikturen und nicht passierbaren Fremdkörpern Bougieungen oder Ballondilatationen der Speiseröhre notwendig. Diese Untersuchungen und auch die nachfolgenden Kontrollen klinisch und/oder bildgebend mit Kontrastmitteln würden routinemässig am Kinderspital durchgeführt. Bei der Versicherten sei Mitte März 2004 eine solche Intervention nötig geworden, bei welcher ein Fremdkörper entfernt und die Speiseröhre bougiert worden sei. Das Kind habe den Eingriff gut überstanden und am darauffolgenden Tag entlassen werden können. Die Oesophagusatresie sei eine

bedeutende Diagnose im kinderchirurgischen Krankheitsgut, sodass die kinderchirurgischen Zentren in der Schweiz die Behandlung und deren Nachkontrollen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch mit dem nötigen Know-how durchführen könnten (Urk. 7/27 S. 2 unten).

3.6. Dr. med. F. ____, Kinderarzt FMH, wies im Arzteugnis vom 31. August 2004 darauf hin, dass sich im Anschluss an die erste Operation am zweiten Tag nach der Geburt der postoperative Verlauf zunächst positiv entwickelt habe. Leider habe sich später eine ausgeprägte Anastomosenstenose entwickelt, weshalb die Versicherte bougiert werden müsste. Der Erfolg der Bougierungen in ____ sei nicht zufriedenstellend gewesen, weshalb sich die Eltern an das Kinderkrankenhaus der Kliniken der Stadt C. ____ gewandt hätten, wo eine grosse Erfahrung für solche Probleme vorhanden sei (Urk. 7/22 S. 1).

E. 3.7

Zuhanden des Kinderspitals ____ berichtete Dr. A. ____ am 2. Mai 2005 und stellte dabei folgende Diagnose (Urk. 9/2 S. 1 Mitte):

- Gute Rückbildung der ausgeprägten Anastomosenstenose des Oesophagus mit seitlichen Taschenbildungen.
- Klinische Besserung des Trachealkollapses, endoskopisch nicht mehr untersucht.

Am 3. Juni 2004 sei eine erneute Endoskopie mit Bougierung erfolgt. Am 17. Juni 2004 wurde eine weitere Bougierung vorgenommen, ebenso am 19. Juli 2004. Am 20. September 2004 sei sicherheitshalber nochmals endoskopierte und bougiert worden, wobei sich eine deutliche Rückbildung der seitlichen Taschen ergeben habe. Die Narbe sei soweit zurückgedrängt worden, dass der normale Schluckakt keine Narbenretraktion mehr zulasse (Urk. 9/2 S. 1 f.).

E. 4

4.1. Es steht fest und ist unbestritten, dass die in C. ____ vorgenommenen Bougierungen in der Schweiz durchführbar gewesen wären (Urk. 7/27).

4.2. Wie vorstehend ausgeführt (vgl. Erwägung Ziff. 1.3), ist besondere persönliche Erfahrung eines Arztes nicht entscheidend für das Vorliegen beachtlicher Gründe im Sinne von Art. 23 bis Abs. 3 IVV. An dieser konstanten Rechtsprechung ist vorliegendenfalls festzuhalten, weshalb die Frage, ob Dr. A. ____ eine im Verhältnis zu den Ärzten des Kinderspitals ____ grossere Erfahrung bei Bougierungen verfügt, nicht weiter zu prüfen ist.

4.3. Die Frage, ob die Eltern der Versicherten angesichts der trotz des Eingriffs des Kinderspitals Zürich vom 16. März 2004 weiter bestehenden Probleme berechtigt waren, eine Zweitmeinung einzuholen, ist im Hinblick auf den Problembereich der Nahrungsaufnahme sowie der erkennbaren zeitlichen Dringlichkeit wohl zu bejahen. Es war jedoch nicht nötig, sich dafür an einen Mediziner im Ausland zu wenden. In der deutschsprachigen Schweiz bestehen neben dem Kinderspital ____ auf Kinder spezialisierte Medizinalzentren in ____, ____, ____ und _____. Beachtliche Gründe, weshalb sich die Eltern der Beschwerdeführer nicht an eines dieser Zentren wandten, werden ausser dem - gerade nicht beachtlichen - Hinweis auf die Erfahrung Dr. A. ____s und das entstandene Vertrauensverhältnis nicht angeführt (Urk. 1 S. 2 f. und S. 5 unten).

Hinweise, wonach während längerer Zeit Massnahmen erfolglos in der Schweiz durchgeführt worden waren, bestehen nicht. Die Bougierung vom 16. März 2004 brachte offenbar anfänglich eine Verbesserung (Urk. 7/8), welche nicht dauerhaft war, was jedoch bei diesem Krankheitsbild nicht aussergewöhnlich war (vgl. Urk. 7/27). Die Eltern wandten sich nach eigener Aussage bereits Ende April 2004 an Dr. A. (Urk. 1 S. 3 oben). Diese Zeitspanne entspricht selbst bei der vorliegenden Situation, welche für die Eltern äusserst belastend sowie mit erheblichem Druck und entsprechenden Ängsten verbunden gewesen sein dürfte, nicht dem Erfordernis einer längeren Dauer. Die anerkanntermassen kritische Situation der Versicherten kann einzig als Grund für die Einholung einer Zweitmeinung sowie die Durchführung weiterer Eingriffe, jedoch nicht für die Vornahme derselben im Ausland gesehen werden. Dies gilt umso mehr, als die Eltern der Versicherten im Kostengutsprachege such vom 18. Mai 2004 anerkannten, dass die Eingriffe theoretisch auch in der Schweiz vorgenommen werden könnten (vgl. Urk. 7/10 S. 2 oben).

E. 5

5.1 Es bleibt - obwohl von den Parteien nicht aufgeworfen - zu prüfen, ob sich ein Anspruch auf Behandlung im Ausland aus dem am 1. Juni 2002 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits in Kraft getretenen Abkommen über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, APF) ableiten lässt. Laut dessen Präambel ist es Ausdruck des Entschlusses der Vertragsparteien, die Freizügigkeit zwischen ihnen auf der Grundlage der in der Europäischen Gemeinschaft geltenden Bestimmungen zu verwirklichen.

5.2 Gemäss Abs. 1 lit. b APF bezweckt das Abkommen die Erleichterung der Erbringung von Dienstleistungen im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien, insbesondere die Liberalisierung kurzzeitiger Dienstleistungen. Unter den gemeinschaftsrechtlichen Begriff der Dienstleistungen fallen nach Art. 50 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften (EGV) grundsätzlich alle in der Regel entgeltlich erbrachten Leistungen, wozu nach der Rechtsprechung des EuGH auch medizinische Behandlungen zählen, ohne dass zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung innerhalb oder ausserhalb einer Krankenanstalt erfolgt (EuGH-Urteil vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache C-157/99, Smits und Peerbooms, Slg. 2001, I-5473 ff., Randnr. 53 mit Hinweisen auf die ältere Rechtsprechung).

5.3 Gemäss EuGH-Rechtsprechung fallen auch medizinische Dienstleistungen, die im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherheit erbracht werden, unter den fundamentalen Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit. Einschränkungen dieses freien Dienstleistungsverkehrs müssen durch objektive und zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt sowie verhältnismässig sein. Bei stationären und teilstationären Behandlungen ist eine solche Einschränkung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung zulässig (...). (EuGH-Urteil vom 28. Juni 1998 in der Rechtssache C-158/96, Kohll, Slg. 1998 I-1931 ff. Randnr. 21 und 45 f., EuGH-Urteil Smits und Peerbooms, a.a.O., Randnr. 54 f., EuGH-Urteil vom 13. Mai 2003 in der Rechtssache C-385/99).

E. 5.4

Vorliegendenfalls ist von stationären beziehungsweise teilstationären Behandlungen auszugehen. Die Rechnungen der Kliniken der Stadt C.____ lauten jeweils auf "stationären Aufenthalt" (vgl. Urk. 3/7 und Urk. 3/10-12).

Bei teilstationären und stationären Behandlungen ist eine Einschränkung der Dienstleistungsfreiheit zulässig, sofern es um die bedarfsgerechte Versorgungsplanung geht. Letzteres ist vorliegend zu bejahen, da die kindermedizinische Zentren der Schweiz einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgungsplanung unterliegen (vgl. Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994). Ein Anspruch auf Kostenübernahme gestützt auf das APF ist daher zu verneinen.

E. 6

Zusammenfassend ergibt sich, dass kein Anspruch auf Kostenübernahme für die Behandlungen in C.____ besteht. Die gegen den Einspracheentscheid vom 19. Januar 2005 (Urk. 2) erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- U.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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