

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00478 vom 10. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00478](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00478)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00478 du 10 décembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00478 del 10 dicembre 2012

## Erwägungen

### E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

### E. 1.2

Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft

gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.3**

Am 12. April 2006 reichte der Versicherte ein neues Leistungsbegehren ein (Urk. 7/87). Darauf trat die IV-Stelle am 7. Juni 2006 nicht ein, weil keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht worden sei (Urk. 7/91).

#### **E. 1.3.1**

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 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugezählt werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b.cc).

#### **E. 1.3.2**

Im Abklärungsverfahren der IV-Stellen haben gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die regionalen ärztlichen Dienste darüber zu befinden, ob die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs erfüllt sind oder nicht. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Die dazu geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamts (für Sozialversicherungen) frei wählen (Art. 49 Abs. 1 IVV).

Hieraus folgt, dass das Sozialversicherungsgericht im Rahmen seiner Überprüfung eines unter Beachtung dieser Kompetenzvorschriften gefällten Leistungsentscheids die IV-Stelle nur dann zur Anordnung einer externen (mono- oder polydisziplinären) Begutachtung verpflichten kann, wenn die ihrer Verfügung zugrunde gelegene RAD-Beurteilung unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage als nicht hinreichend beweiskräftig erscheint und eine Begutachtung zur Behebung dieses beweisrechtlichen Mangels erforderlich ist. Das Sozialversicherungsgericht hat daher zunächst die im Abklärungsverfahren erhobenen Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte darf es sodann den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

#### **E. 1.4**

Am 6. Juli 2007 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/93). Zur Substantiierung der mit der Anmeldung geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands (vgl. Urk. 7/93/7) aufgefordert (vgl. Urk. 7/94), liess der Versicherte den Bericht des Dr. Y.\_\_\_\_ vom 29. August 2007 zu den Akten reichen, in welchem dieser auf seine bereits akten kundigen Beurteilungen verwies (Urk. 7/96). Mit Vorbescheid vom 26. Oktober 2007 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, erneut mangels hinreichender Glaubhaftmachung veränderter Verhältnisse auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (Urk. 7/99). In diesem Sinne verfügte sie, nachdem der Versicherte sich innert 30 Tagen zum Vorbescheid nicht geäußert hatte, am 5. Dezember 2007 (Urk. 7/100).

#### **E. 1.5**

Am 15. April 2010 meldete sich der Versicherte unter Beilage des ärztlichen Berichts von Dr. med. G.\_\_\_\_, Pneumologie Spital H.\_\_\_\_, vom 12. August 2009 (Urk. 7/102) abermals zum Leistungsbezug an (Urk. 7/106). Auf die entsprechende Aufforderung der IV-Stelle vom 17. Mai 2010 (Urk. 7/110) hin liess der Versicherte, die Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 2. Juli 2010 (Urk. 7/113), von Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 24. November 2010 mit dem Konsiliarbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 15. August 2010 sowie einem Teil eines Verlaufsberichts von Dr. I.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2009 (Urk. 7/114) einreichen. Mit diesen Berichten war nach Auffassung des E.\_\_\_\_ (Stellungnahme med. pract. L.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 30. November 2010, Urk. 7/115/3) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht ausgewiesen, weshalb die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 2. Dezember 2010 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte (Urk. 7/117). Dagegen wandte der Versicherte am 23. Februar 2011 ein, es sei eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen und danach neu zu entscheiden (Urk. 7/124). Nach Einschätzung des E.\_\_\_\_ erforderte die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung des akten kundigen medizinischen Sachverhalts indessen keine polydisziplinäre Abklärung (Stellungnahme med. pract. M.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 22. März 2011, Urk. 7/125). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. März 2011 ab (Urk. 2).

#### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 5. Mai 2011 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei nach Durchführung einer umfassenden polydisziplinären Begutachtung neu über das Leistungsbegehren zu entscheiden (Urk. 1 S. 2). In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung.

Dazu liess sich die Beschwerdegegnerin am 7. Juni 2011 mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde vernehmen (Urk. 6).

Die Beschwerdeantwort wurde der Gegenpartei am 8. Juni 2011 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Nachdem die Beschwerdegegnerin mit ihrer Verfügung vom 5. Februar 2004 ein erstes Leistungsbegehren des Beschwerdeführers rechtskräftig abgewiesen hat (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1), auf dessen Neuanmeldungen zum Leistungsbezug vom 28. Juli 2004, 12. April 2006 und 6. Juli 2007 nicht eingetreten ist (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.2-4) und mit der

angefochtenen Verfügung das am 15. April 2010 angemeldete Leistungsbegehren abgewiesen hat (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.5), ist nachfolgend zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer glaubhaft gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit dem massgeblichen Referenzzeitpunkt (5. Februar 2004, vgl. E. 1.1) auch tatsächlich eingetreten ist und eine anspruchsbegründende Veränderung des Invaliditätsgrads zur Folge hat bzw. ob die Beschwerdegegnerin – wie der Beschwerdeführer geltend macht (Urk. 1 S. 6) – nach ihrem Eintreten auf die Neuanschuldung verpflichtet war, von Amtes wegen den Sachverhalt gutachterlich abzuklären zu lassen.

### **E. 2.2.1**

In diesem Zusammenhang ist einerseits darauf hinzuweisen, dass für den Entschluss darüber, ob ein medizinischer Revisions Sachverhalt vorliegt, die medizinische Befundlage (der Vergleich der Befunde im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung mit derjenigen im Referenzzeitpunkt [vgl. E. 1.1]) massgebend ist. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss aus den massgeblichen medizinischen Akten deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011, E. 4.3).

### **E. 2.2.2**

Andererseits ist im Lichte der gesetzlichen Kompetenzvorschriften für das Abklärungsverfahren (vgl. E. 1.3.2) festzuhalten, dass auch bei der materiellen Überprüfung eines von der versicherten Person glaubhaft gemachten Revisionsanstands kein unbedingter Anspruch auf eine externe Begutachtung besteht, sondern eine solche – genauso wie bei der erstmaligen Anspruchsabklärung (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1) – grundsätzlich nur dann erforderlich ist, wenn die versicherungsinternen Experten nicht in der Lage sind, einen geltend gemachten medizinischen Revisions Sachverhalt nachvollziehbar zu beurteilen, oder sie sich mit ihrer Beurteilung in einen nicht erklärbaren Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte stellen.

### **E. 2.3.1**

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, „von der Verfügung vom 5. Dezember 2007 bis zum Vorbescheid vom 2. Dezember 2010“ - mithin inner halb des gemäss vorstehender Erwägung 2.1 für die Beurteilung veränderter Verhältnisse relevanten Zeitraums – seien eine Reihe von Diagnosen neu gestellt worden (Urk. 1 S. 3), mag dies teilweise zutreffen. Veränderte Verhältnisse lassen sich mit neuen Diagnosen aber nur nachweisen, wenn diese auf neuen Befunden beruhen. Dies ist hinsichtlich der vom Beschwerdeführer genannten Diagnosen: Migräne, chronisches Spannungskopfwegh und myofasiales Schmerzsyndrom nicht der Fall.

Bereits bei Erlass der Verfügung vom 5. Februar 2004 waren diesbezügliche Beschwerden aktenkundig, welche aber mangels entsprechender Befunde nicht als die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkend angesehen wurden (vgl. Gutachten B.\_\_\_\_ / C.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2003, Urk. 7/47, und Z.\_\_\_\_ vom 9. April 2002, Urk. 7/30).

Auch der Neurologe Dr. I.\_\_\_\_, dessen Diagnoseliste im Bericht vom 2. Juli 2010 der Beschwerdeführer für seine Beschwerdevorbringen grösstenteils übernommen hat (vgl. Urk. 7/113), weist keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Befunde aus, sondern spricht von einem altersentsprechend normalen Neurostatus ohne Hinweise auf eine somatische Ursache des Kopfschwehs und ohne eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zufolge des Kopfschwehs. Die muskuloskelettalen und weichteilrheumatischen Beschwerden bezeichnen Dr. I.\_\_\_\_ sodann als von „unklarer Genese“. Entgegen beschwerdeführender Behauptung (Urk. 1 S. 4) schreibt er auch nicht, dass besagte Beschwerden die Arbeitsfähigkeit einschränken würden, sondern vielmehr – was angesichts seiner Ausführungen zur Ätiologie nachvollziehbar ist –, dass er bezüglich der Beschwerden keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen habe.

Ebenso wenig konnte der Neurologe Dr. K.\_\_\_\_, welcher den aktenkundigen Bericht vom 15. August 2010 (Urk. 7/114/5-6) verfasste (der vom Beschwerdeführer auf Seite 3 der Beschwerdeschrift genannte Dr. med. N.\_\_\_\_, ist Adressat jenes Berichts), nach seinen eigenen Angaben einen sicheren pathologischen Befund erheben. Er schloss lediglich differentialdiagnostisch eine Myositis oder eine andere entzündliche Krankheit „nicht gänzlich“ aus. Zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit äusserte er sich auch nicht.

Auch Dr. J.\_\_\_\_ bescheinigt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischen Gründen, sondern weist darauf hin, dass er die geklagten Beschwerden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen könne (Urk. 7/114/2). Die von Dr. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 24. November 2010 dokumentierten Beschwerden bzw. Angaben des Beschwerdeführers betreffend Einschränkungen im Alltag sind im Übrigen auch nicht neu und mit den diesbezüglichen Angaben im Gutachten Z.\_\_\_\_ vom 9. April 2002 (Urk. 7/30) kompatibel. Auch dass der Beschwerdeführer einen Gehstock benutzt, ist nicht neu, ist er doch bereits zu den Explorationsgesprächen bei den Gutachtern B.\_\_\_\_ / C.\_\_\_\_ mit einer Krücke erschienen (Urk. 7/47 S. 4).

### **E. 2.3.2**

Bei den anderen vom Beschwerdeführer zum Nachweis einer dauerhaften Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ins Feld geführten Diagnosen: Schlafapnoe-Syndrom, kleine Inguinalhernie (Leistenbruch), Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion), handelt es sich durchwegs um therapierbare und bei adäquater Behandlung die Arbeitsfähigkeit nicht dauerhaft einschränkende Erkrankungen bzw. Symptome. Auch diesbezüglich enthalten die ärztlichen Berichte keine Hinweise auf eine die Arbeitsfähigkeit wesentlich und dauerhaft einschränkende Pathologie (vgl. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Bericht Dr. J.\_\_\_\_, Urk. 7/114/1). Aufgrund seiner „vaskulären Risikofaktoren“ konnte dem Beschwerdeführer auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden.

### **E. 2.3.3**

Was die angebliche Nichtbeachtung der von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierten psychischen Erkrankungen (vgl. Urk. 1 S. 5) angeht, hat die Beschwerdegegnerin bereits mit ihrem Einspracheentscheid vom 15. März 2005 erkannt, dass der Bericht Dr. D.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2004 (Urk. 7/63) keine Verschlechterung des von den Gutachtern B.\_\_\_\_ / C.\_\_\_\_ beurteilten psychischen Gesundheitszustand ausweist, sondern lediglich eine abweichende Beurteilung der im wesentlichen gleichen Befunde enthält (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.2). Eine neuere fachärztliche Beurteilung des psychischen Zustand liegt nicht vor, und die anderen vom

Beschwerdeführer zum Glaubhaftmachen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einge reichten ärztlichen Beurteilungen enthalten keine Hinweise auf neue psychopathologische Befunde. Dr. J.\_\_\_\_ Hinweis, dass der Beschwerdeführer seit 2008 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung stehe (Urk. 7/114/4), ist eher als Hinweis auf eine Verbesserung als auf eine Verschlechterung anzusehen.

#### **E. 2.4**

Wie die vorstehenden Erwägungen zeigen, lassen sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten die der angefochtenen Verfügung zugrundeliegenden E.\_\_\_\_-Beurteilungen vom 30. November 2010 (Urk. 7/115/3) und vom 22. März 2011 (Urk. 7/125), gemäss denen keine Hinweise auf eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber dem Referenzzeitpunkt vorliegen, ohne weiteres nachvollziehen. Die E.\_\_\_\_-Beurteilungen stehen auch nicht in Widerspruch zu anderen ärztlichen Beurteilungen. Unter diesen Umständen besteht kein Anlass, die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. E. 1.3.2).

Vielmehr ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 3**

Angesichts der von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers bestätigten Unterstützung (vgl. Urk. 3) ist die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen, weshalb ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt werden kann und die ihm dem Prozessausgang entsprechend aufzuerlegenden Gerichtskosten, in Höhe von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen sind. Das Gericht beschliesst: Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs.

#### **E. 4**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber EnglerErnst RH/ET/MTversandt

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