

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01086 vom 28. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01086

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01086 du 28 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01086 del 28 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Nach Art. 17 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. 2.

E. 2

Am 10. Februar 2009 (Urk. 9/25) meldete sich der Versicherte wegen drei Herzinfarkten und psychischen Problemen erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle zog die Akten des Krankentaggeldversicherers (SWICA Gesundheitsorganisation, nachfolgend SWICA) (Urk. 9/31) bei und tätigte medizinische (Urk. 9/32, 9/33 und 9/40) sowie erwerbliche (Urk. 9/30, 9/36 und 9/37) Abklärungen. Mit Verfügung vom 8. September 2010 (Urk. 9/52) sprach die IV-Stelle dem Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 68 % eine Dreiviertelsrente ab dem 1. August 2009 zu und erklärte in Bezug auf den Nachzahlungsanspruch in Höhe von Fr. 17'953.-- vollumfänglich die Verrechnung mit Beitragsschulden gegenüber der Ausgleichskasse.

Die vom Versicherten am 1. Oktober 2010 (Urk. 9/53/3) erhobene Beschwerde gegen die Verrechnung der Rentennachzahlungen hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 27. April 2012 (Urk. 9/81) in dem Sinne gut, dass es die angefochtene Verfügung, soweit sie die Verrechnung im Umfang von Fr. 17'953.-- betraf, aufhob und die Sache zu Abklärungen betreffend das Existenzminimum des Versicherten und neuerlichem Entscheid an die IV-Stelle zurückwies. Nachdem das Bundesgericht mit Urteil vom 25. Juni 2012 (Urk. 9/85) nicht auf die Beschwerde des Versicherten eingetreten war und sie die gerichtlich angeordneten Abklärungen durchgeführt hatte, ersetzte die IV-Stelle ihre Verfügung vom 8. September 2010 hinsichtlich der Verrechnung durch die Verfügung vom 5. Dezember 2012 (Urk. 9/89). 1.

E. 2.1

) k eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte in der Beschwerdeantwort geltend, gestützt auf die aktuelle medizinische Aktenlage könne nicht schlüssig beurteilt werden, ob sich die Verschlechterung des Gesundheitszustandes in rententanzugierender Weise auswirke. Zur Klärung des Rentenanspruchs seien weitere medizinische Abklärungen notwendig, wobei eine Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst vorgesehen sei. Im Sinne einer teilweisen Gutheissung der Beschwerde werde eine Rückweisung der Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen beantragt (Urk. 8 S. 2).

E. 3

Nachdem die Beschwerdegegnerin auf das Rentenerhöhungsgesuch eingetreten ist, beschränkt sich die gerichtliche Überprüfungsbefugnis darauf, zu prüfen, ob eine anspruchserhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vorliegt

(BGE 109 V 108 E. 2b).

Die Frage beurteilt sich durch Vergleich desjenigen Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestand, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung. Im Hinblick auf eine weitere Revision gilt eine rechtskräftige Revisionsverfügung ihrerseits als (neue) Vergleichsbasis, wenn sie auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Urteil des Bundesgerichts 8C_646/2011, 8C/699_2011 vom 17. November 2011, E. 4.1 mit Hinweisen auf BGE 133 V 108 E. 5.4 und 130 V 343 E. 3.5).

Damit ist der Sachverhalt bei Erlass der angefochtenen Verfügung grundsätzlich mit demjenigen Sachverhalt zu vergleichen, welcher der Zusprache der unbefristeten Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 8. September 2010

(Urk. 9/89) zugrunde lag

(vgl. BGE 131 V 242 E.

E. 3.2

) und des Anspruchs auf eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % (Art. 28 Abs. 2 IVG)

ergibt sich, dass ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab einem (ungerundeten) Invaliditätsgrad von 69,5 % besteht. Bereits eine Erhöhung des Invaliditätsgrades um 1,7 % (69,5 % -67,8 %)

führte damit zu einem Anspruch auf eine ganze Invalidenrente . Entsprechend wäre bereits eine sehr geringe zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rentenrelevant .

E. 4

Die Grundlagen für die mit Verfügung vom 8. September 2010 (Urk. 9/52) erfolgte Zusprache einer Dreiviertelsrente ab dem 1. August 2008

sind dem Feststellungsblatt für den Beschluss vom 9. April 2010 (Urk. 9/42/5) zu entnehmen:

In medizinischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin auf den Austrittsbericht des Z.____ vom 29. August 2007 (Urk. 9/31/18-22), die Berichte von Dr. med. B.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. April 2009 (Urk. 9/32) und 8. September 2009 (Urk. 9/40), den Bericht von Dr. med.

C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Mai 2009 (Urk. 9/33)

sowie auf das von Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der SWICA erstattete psychiatrische Gutachten vom 14. Juli 2008 (Urk. 9/31/2-11) ab. In somatischer Hinsicht wurde

von einer koronaren Herzerkrankung mit Status nach mehreren Myokardinfarkten und Stentimplantationen (zuletzt im August 2007), Dyspnoe beim Treppensteigen entsprechend NYHA III

und einer leichten körperlichen Leistungsminderung

ausgegangen . Echokardiographisch hätte sich im Mai 2009 eine leichte Abnahme der LV-Funktion (Ejektionsfraktion (EF) : 35 %) bei einem grossen apikolateralen Aneurysma gezeigt . In psychischer Hinsicht wurde

das Bestehen einer Anpassungsstörung mit längerer leicht- bis mittelgradiger depressiver Episode angenommen

(Urk. 9/42/4) . Seit 20. August 2007

sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in sämtlichen Tätigkeiten auszugehen . Ab dem 1. Mai 2008 sei in einer körperlich leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (Urk. 9/42/5).

E. 5

.2

Der Beschwerdeführer wurde am 26. Mai 2015 im Auftrag der Beschwerde - gegnerin durch Fachärzte der Disziplinen Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. J.____), Kardiologie (Dr. med. K.____), Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Dr. med

L.____) sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Dr. med. M.____) untersucht . Gestützt darauf und die zur Verfügung gestellten Vorakten

wurde am 1. Juni 2015 ein polydisziplinäres Gutachten erstattet (Urk. 9/110).

Dr. J. ___ diagnostizierte auf dem Gebiet der Allgemeinen Inneren Medizin ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Adipositas, einen Diabetes mellitus sowie gestützt auf die medizinischen Vorakten eine Hyperurikämie. In Bezug auf die Herzbeschwerden verwies er auf die Einschätzung des kardiologischen Gutachters (Urk. 9/110/10).

Der orthopädische Gutachter, PD Dr. L. ___ , führte aus, dass aus orthopädischer Sicht aufgrund einer Epicondylitis

humeri

radialis (Tennisellbogen) zwischen dem 1.

Mai und 1. September 2003 in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 9/110/36) . Ab 1. Oktober 2003 verneinte er auf seinem Fachgebiet eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/110/ 37) .

Dr. M. ___ stellte

aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) und äusserte den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Faktoren (ICD-10: F61) (Urk. 9/110/44).

Gegenüber dem kardiologischen Gutachter, Dr. K. ___ , klagte der Beschwerdeführer über eine bereits bei geringer Belastung einsetzende Atemnot. Bereits nach zehn bis maximal fünfzehn Treppenstufen müsse er eine kurze Pause einlegen. Häufig werde die Atemnot von Schweißausbrüchen sowie einem Engege- und Druckgefühl über der Brust begleitet. Er fühle sich generell abgeschlagen und müde. Die Kurzatmigkeit habe sich in den letzten zwei Jahren verschlechtert und das Gefühl der Abgeschlagenheit zugenommen (Urk. 9/110/15). Dr. K. ___ führte aus, infolge mehrfacher myokardialer Ischämien und Infarkte habe sich beim Beschwerdeführer auf dem Boden einer schweren koronaren Dreifässerkrankung eine ausgeprägte ischämische Kardiomyopathie mit den klinischen Zeichen einer Belastungs Herzinsuffizienz und dem führenden Symptom einer Belastungsdyspnoe ausgebildet (NYHA II-III, Urk. 9/110/17) . Die Zeichen der Organschädigung (Remodeling mit exzentrischer Hypertrophie bei Ausbildung eines Vorderwandspitzenaneurysmas , Zunahme des LV-Volumens und Abnahme der Auswurfraction) hätten im zeitlichen Verlauf seit 2007 erkennbar zugenommen. Bei den kardiologischen Untersuchungen im Z. ___ im Juni 2014 und Januar 2015 sei eine stark reduzierte, sich im Verlauf verschlechternde links ventrikuläre Funktion (Juni 2014: EF 34 % , Januar 2015: EF 30 % , eine Zunahme der linksventrikulären Dilatation (August 2007: 116 ml/m² , Juni 2014: 126 ml/m² , Januar 2015: 141 ml/m²) mit exzentrischer Hypertrophie (Dickenzunahme der Herzkammer nach aussen) als Zeichen eines fortgeschrittenen Remodelings beschrieben worden . Weiterhin sei im Bericht vom Juni 2014 erstmals ein kompletter Linksschenkelblock beschrieben worden, was ein zusätzliches Indiz für eine weitere strukturelle Schädigung sei. Der Beschwerdeführer sei zur Implantation eines ICD -Aggregates aufgeboten worden . Zwar sei er in Ruhe kardiopulmonal kompensiert , aufgrund der Schwere der ischämischen Kardiomyopathie

seien jedoch die physische und mentale Belastbarkeit deutlich limitiert (Urk. 9/110/19) . Auch leichte körperliche Anstrengungen seien nur während weniger Minuten möglich. Aus kardiologischer Sicht habe in der angestammten

Tätigkeit als Leiter eines Restaurantsbetriebes zwischen Juni 2006 und Juni 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Seit dem 18. Juni 2014 bestehe hierfür eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Für körperlich nicht belastende, weit überwiegend im Sitzen auszuführende Tätigkeiten ohne permanenten Zeitdruck habe zwischen Juni 2006 und Juni 2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit dem 18. Juni 2014 bestehe in solchen Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/110/20).

Im Rahmen der polydisziplinären Konsensbeurteilung wurde darauf hingewiesen, dass die Optimierung der Behandlung der Herzinsuffizienz zwar zu einer gewissen Verbesserung geführt

habe,

und wahrscheinlich auch weiterhin zu einer gewissen funktionellen Verbesserung und Stabilisierung, sowie im besten Fall auch zu einer Verbesserung der Überlebensprognose führen werde. Dies ändere aber nichts am Fortschreiten der Herzmuskelkrankheit beziehungsweise der Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Urk. 9/110/49).

E. 6

.

E. 6.1

Mit der angefochtenen Verfügung vom Juli 2016 (Urk. 2) wies

die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Y.____ vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/110) ab. Zwar hätten sich die objektiven Befunde in der Echokardiographie leicht verschlechtert, dies sei jedoch ohne zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, weshalb weiterhin von einer solchen von 50 % in einer körperlich leichten Tätigkeit ausgegangen werde (Urk. 2 S. 2).

Zur Beurteilung der Frage, ob seit der Zusprache einer Dreiviertelsrente im September 2010 eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, kann nur dann auf das polydisziplinäre Gutachten vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/110) abgestellt werden, wenn bis zum Erlass der streitigen Verfügung (12. Juli 2016, vgl. BGE 131 V 242 E.

E. 6.2

Zwischen der Begutachtung im Mai 2015 und dem Verfügungserlass im Juli 2016 erfolgten

drei weitere kardiologische Eingriffe: Am 26. November 2015 wurde dem Beschwerdeführer ein CRT-D implantiert, nach einer am 8. Februar 2016 in Tunesien erlittenen Kammertachykardie erfolgte ein dreifaches Stenting

im Rahmen einer Koronarangiographie und schliesslich wurde eine Unterexpansion der Stents nach einem am 18. Februar 2016 erlittenen NSTEMI mittels Angioplastie

beseitigt. Auf eine weitere Verschlechterung der Herzgesundheit nach der Begutachtung weisen auch die Messwerte für die Auswurfraction der linken Herzkammer (Referenzwert: >55 %) hin: Der kardiologische Gutachter berücksichtigte für seine Beurteilung einen Wert von 30 % gemäss einer Echokardiographie im Z.____

im Januar 2015 (Urk. 9/110/17 f., 9/120/7). Eine am 22. Februar 2016 im Z.____ durchgeführte Echokardiographie ergab noch einen Wert von 23 % (Urk. 9/133/1). Während ein Wert von 30 % noch knapp einer mittelgradigen Einschränkung entspricht, stellt ein Wert von 23 % eine hochgradige Einschränkung der Pumpfunktion dar (Lang, Bierig, Devereux et al., Recommendations for chamber quantification,

European Journal of Echocardiography 2006, Heft 7, Tabelle 6 S. 91, im Internet abrufbar unter: <https://academic.oup.com/ehjcardiology/article/7/2/79/2397881/Recommendations-for-chamber-quantification>, besucht am 10. Februar 2017). Dies entspricht einer weiteren Verschlechterung um rund 23 % (1-23%/30%).

Das Ergebnis einer am 24. März 2016 im Z.____ durchgeführten Spiroergometrie deutet ebenfalls auf eine weitere Reduktion der kardiologischen Leistungsfähigkeit während der Dauer des Verfahrens hin: Der Beschwerdeführer war nur noch zu einer Maximalleistung von 56 Watt (35 % des Sollwertes) imstande.

Im Juni 2014 lag diese noch bei 75 Watt (45 % des Sollwertes) und rund 25 % höher (1 - 56 Watt /75 Watt, Urk. 9/133/6).

E. 6.3

Der vom Beschwerdeführer in diesem Verfahren neu eingereichte Austrittsbericht des Z.____ vom 30. Dezember 2016 (Urk. 13) ist für die Prüfung einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes

nicht zu berücksichtigen, da er eine zwischen dem 29. Dezember 2016 und dem 1. Januar 2017 erfolgte stationäre Behandlung, und damit einen Sachverhalt nach Erlass der streitigen Verfügung, betrifft.

E. 6.4

Weiter ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die bestehende Dreiviertelrente aufgrund eines ungerundeten Invaliditätsgrades von 67,8 % (1- Fr. 31'953.-- / Fr. 99'256.--) zugesprochen wurde. In Berücksichtigung

der Rundung des Invaliditätsgrades auf ganze Prozentzahlen (BGE 130 V 121 E.

E. 6.5

Im Ergebnis

bestehen genügend Anhaltspunkte dafür, dass

zwischen der Begutachtung im Mai 2015 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung im Juli

2016 eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sein könnte.

Eine Beurteilung des Rentenerhöhungsgesuchs

kann damit nicht gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Y.____ (Urk. 9/110) erfolgen. Ebenso wenig ist eine Beurteilung des Rentenanspruchs auf der Grundlage der Berichte des Z.____

möglich.

Diesem fehlt es, entgegen der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. N.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,

vom 30. Juni 2016 (Urk. 9/135/3), an

eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit:

In den an Dr. B.____ adressierten ärztlichen Berichten vom 28. September 2015 (Urk. 9/122) und 22. Februar 2016 (Urk. 9/130)

wurde die Arbeitsfähigkeit nicht thematisiert.

Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. Februar 2016 (Urk. 9/130/2) wurde darauf hingewiesen, dass diese Frage zu einem späteren Zeitpunkt zu evaluieren sei.

Im Verlaufsbericht vom 16. Juni 2016 (Urk. 9/134/1) wurde die Zumutbarkeit einer angepassten, körperlich leichten und überwiegend sitzenden ausübenden Tätigkeit in einem Pensum von 50 % ohne weitere Angaben verneint.

Zur Beurteilung des Rentenanspruchs sind

damit weitere, im Besonderen kardiologische Abklärungen notwendig. Damit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache, wie von der IV-Stelle beantragt, zur ergänzenden Abklärung des Beschwerdeführers im Besonderen durch einen Facharzt für Kardiologie an diese zurückzuweisen ist.

E. 7

.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 500.-- als angemessen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über das Rentenerhöhungsbegehren des Beschwerdeführers neu verfüge.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 5 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GrünigPfefferli

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