

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00275 vom 29. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00275

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00275 du 29 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00275 del 29 giugno 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 Allg. 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

Am 26. Juli 2012 beantragte der Versicherte die Überprüfung des Rentenanspruchs (Urk. 10/96). Mit Vorbescheid vom 24. August 2012 stellte die IV-Stelle das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht (Urk. 10/99), bevor sie am 14. Januar 2014 die polydisziplinäre Abklärung des Versicherten in die Wege leitete (Urk. 10/123); das entsprechende Gutachten datiert vom 11. Juni 2014 (Y.____-Gutachten, Urk. 10/141). Mit Vorbescheid vom 24. Juni 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 10/144) und hielt an dieser Entscheidung mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 27. Oktober 2014 fest (Urk. 10/157).

E. 1.2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2.2

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV

hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenaufklärung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch

BGE 117 V 198 E. 3a).

Mit Art. 87 Abs.

E. 1.3

Mit am 7. August 2015 bei der IV-Stelle eingegangenem Schreiben machte der Versicherte erneut eine Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustandes geltend (Urk. 10/164/2). Mit Vorbescheid vom 24. August 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (Urk. 10/166) und hielt an dieser Entscheidung – nach Wie dererwägung der am 5. Oktober 2015 ergangenen Verfügung betreffend Nichteintreten (Urk. 10/167, Urk. 10/179) - mit Verfügung vom 25. Februar 2016 fest (Urk. 10/181). Die dagegen erhobene Beschwerde des Vertreters des Versicherten (Urk. 10/182/3 ff.) hiess das hiesige Gericht in dem Sinne teilweise gut, als es mangels Rechtzeitigkeit auf die gegen die Verfügung vom 5. Oktober 2015 erhobene Beschwerde nicht eintrat und die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2016 an die IV-Stelle zurückwies, zur Prüfung des Schreibens vom 10. Dezember 2015 im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens (Urk. 10/190; Prozess IV.2016.00316).

E. 1.4

Im Rahmen des weiteren Abklärungsverfahrens reichte der Vertreter des Versicherten mit Schreiben vom 24. Oktober 2016 ergänzende medizinische Unterlagen ein (Urk. 10/194 f.). Mit Vorbescheid vom 18. November 2016 stellte die IV-Stelle erneut das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht (Urk. 10/205) und hielt an dieser Entscheidung mit Verfügung vom 8. Februar 2017 fest (Urk. 10/210 = Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob der Vertreter des Versicherten am 3. März 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die Sache zu eingehender Abklärung und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weiter sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und in der Person des Unterzeichneten ein unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 22. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass der Beschwerdeführer nicht glaubhaft darzulegen habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 27. Oktober 2014 wesentlich verändert hätten. Es liege lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts vor (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Vertreter des Beschwerdeführers in materieller Hinsicht im Wesentlichen geltend, dass im Rahmen des Y.____-Gutachtens keine gastroenterologische oder viszeralchirurgische Untersuchung stattgefunden habe, da die entsprechenden Beschwerden dazumal nicht zur Diskussion, jedenfalls nicht im Vordergrund gestanden hätten (Urk. 1 S. 3). Auf Grund der ab April 2015 (Urk. 10/160) mehrfach dokumentierten Magenbeschwerden sei eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes glaubhaft

dargetan, welche sich rentenbegründend auswirke (Urk. 1 S. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer eine - seit der letzten, mittels Verfügung vom 27. Oktober 2014 (Urk. 10/157) abgeschlossenen umfassenden Anspruchsprüfung eingetretene - gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht hat.

In Bezug auf den vom Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren einge reichten Bericht des Z. ___ vom 24. Februar 2017 ist zu bemerken, dass dieser für die in Frage stehende Neuanmeldung unbeachtet zu bleiben hat. Rechtsprechungsgemäss ist für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung (vgl. Urk. 2) der Sachverhalt massgeblich, wie er sich der Verwaltung bot, mithin die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung (Urteile des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1 und 8C_573/2016 vom 5. Dezember 2016 E. 5, je mit Hinweis auf BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

E. 3

in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E.

2a, 264 E.

3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht da hingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem

gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse

Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 9C_523/2014 vom 19. November 2014 E. 2 mit weiteren Hinweisen). 2.

E. 3.1

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet die in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 27. Oktober 2014, welche sich in medizinischer Hinsicht im

Wesentlichen auf das Y.____-Gutachten vom 11. Juni 2014 stützt (Urk. 10/141). Die dafür verantwortlichen Fachärzte stellten dannzumal die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 f.): - Chronisches lumbales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86) ohne sichere radikuläre sensorische oder motorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik, ein sensibles Ausfallssyndrom der Wurzel L5 links ist klinisch nicht sicher auszuschliessen; Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie L4/5 links im 03/2013; Status nach Re-Dekompression L4/5 mit interkorporaler und posterolateraler Spondylodese 05/2013; mediolaterale linksseitige Diskusprotrusion L4/5 mit Berührungskontakt zur Wurzel L5 linksbetont ohne Kompression derselben (MRI LWS 09/2008); keine Neurokompression auf Höhe L4/5 links (MRI LWS 11/2013) - Chronisches Zervikothorakalsyndrom (ICD-10 M54.83) ohne Anhalt auf sensorische oder motorische radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik, ausgeprägte Osteochondrose C5/6, keine Nervenwurzelkompression, keine posttraumatische ligamentäre Verletzungen; degenerative Veränderungen C5/6, mehrsegmentale Facettengelenksarthrose - Restbeschwerden bei Status nach Schulterarthroskopie, Rotatorenmanchettenrekonstruktion, Supraspinatussehnenruptur, AC-Arthrose der Schulter links am 11. November 2011 (ICD-10 M19.21) - Impingement bei leichtem Humeruskopfhochstand, Tendinosis calcarea, AC-Arthrose des Schultergelenks rechts (ICD-10 M75.0).

Der Beschwerdeführer leide weiter an den folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Depressive Anpassungsstörung, teilremittiert (ICD-10 F43.21) - Chronischer Spannungskopfschmerz mit Verdacht auf Schmerz- medikationsübergebrauchskomponente (ICD-10 G44.2), MRI Schädel 12/2005: altersentsprechende normale Darstellung des Hirnparenchyms - Beginnende mediale Gonarthrose, Status nach Kniegelenksarthroskopie beidseits 1985, Status nach Bursektomie Knie links am 11. November 2007 - Adipositas mit Status nach Gastric Sleeve Resektion bei Adipositas per magna am 30. Mai 2012 - Status nach Auffahrkollision mit HWS-Distorsion 1990 - Status nach Varizenoperation links 1980 - Status nach zweimaliger Nasenpolypenoperation und Conchotomie 1980.

In einer leichten, behinderungsangepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen (Urk. 10/141 S. 28 ff.).

E. 3.2

Bereits dem Austrittsbericht des Z.____ vom 7. April 2015 (Hospitalisation vom 31. März bis 3. April 2015) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer neben den bekannten, bereits im Y.____-Gutachten berücksichtigten Diagnosen, neu insbesondere an Synkopen und Magen-Darm-Beschwerden leidet (Urk. 10/160).

Die für den Bericht des Z.____ vom 14. Oktober 2015 verantwortlichen Fachärzte stellten in diesem Zusammenhang die folgenden Diagnosen (Hospitalisation vom 9. bis 15. Oktober 2015; Urk. 10/172/6-7): Vasovagale/orthostatische Synkope am 9. Oktober 2015 - a.e. bei persistierender arterieller Hypotonie - Loop-Recorder zur Rhythmusmonitorisierung: Auswertung 10/2015: kein Nachweis hämodynamisch relevanter Rhythmusstörungen - 9. Oktober 2015: CT Schädel/HWS nativ: keine Fraktur, keine Blutung, Rx ap/seitlich: keine Fraktur, Rx Tx ap: keine dislozierte Rippenfraktur, kein Pneumothorax, kein Hämatothorax, Rx Schulter rechts ap/Neer: keine Fraktur, Rx Becken/Hüfte axial links: keine Fraktur, Rx Knie links ap/seitlich: keine Fraktur - Im Orthostase-EEG vom 13. Januar 2015 (A.____) konnte bei Orthostasebelastung eine vasovagale Synkope bestätigt werden -

Status nach mehrmaligen orthostatischen Synkopen und umfassenden Abklärungen kardial, neurologisch (A.____, Zürich 02/2015); Status nach Petersen-Hernie mit/bei: - Status nach Laparotomie, Reposition des Dünndarmes, Verschluss der Petersen-Lücke am 27. September 2015 - Status nach laparoskopischer Gastric Sleeve Operation am 30. Mai 2012 bei Adipositas WHO Grad III (Gewicht 116 kg, Grösse 169 cm, BMI 40.3) - Status nach laparoskopischer Redo-Magenbypass-Operation mit alimentärer Schenkellänge von 1.5 Meter und posteriorer Crurographie bei Dysphagie am 19. Februar 2015; aktuell normaler BMI (Gewicht 67.3 kg, Grösse 169 cm, BMI 23.5);

Chronische Übelkeit, Dysphagie und Inappetenz mit Energie- und Eiweissmangel; - Oesophaguspassage vom 06/2014: kleine axiale Hiatushernie bei relativ dilatiertem Schlauchmagen mit maximaler Weite von 5.2 cm und deutliche Gasdistension - Bariumbreischluck mit Brot und Barium vom 10/2014: freie Kontrastmittel passage mit regelrechter Oesophagusperistaltik, Fundus und Antrum kurvenförmig und starr - Oesophagus-Manometrie vom 11/2014 (B.____): normotensiver unterer Oesophagusphinkter mit regelrechter Relaxation, normotensiver Peristaltik des tubulären Oesophagus - 24h Impedanz-pH-Metrie vom 11. November 2014 (B.____): Gastrooesophageale Refluxerkrankung, pathologischer saurer und nicht saurer Reflux, unzureichende Säuresuppression unter PPI (Patienten-Compliance unklar) - Gastrographenschluck vom 20. Februar 2015: regelrechte Passage, keine Leckage - ÖGDS vom 1. April 2015: Ballondilatation bei Anastomosenstenose bis 15 mm - ÖGDS vom 20. April 2015: Ballondilatation bis 18 mm.

E. 3.3

Die für den Operationsbericht vom 9. Juli 2016 (Urk. 10/194/5-7) verantwortlichen Fachärzte des C.____, diagnostizierten chronische epigastrische Schmerzen bei Malrotation der Gastroenterostomie und Bride, Status nach Sleeve-Gastrektomie 05/2012, Status nach laparoskopischem Magenbypass 02/2015, Status nach zweimaliger Ballon-Dilatation 04/2015 bis Anastomosenstenose, Status nach laparoskopischem Verschluss der Peterson Lücke bei Peterson-Hernie 09/2015.

Die Fachärzte führten eine diagnostische Laparoskopie durch mit Bridenlösung, Dünndarmrevision und Neuanlage der Gastroenterostomie. Sie hätten den Beschwerdeführer am 14. Juli 2016 nach problemlosem Kostenaufbau nach Hause entlassen können (Urk. 10/194/5-7).

E. 4.1

Im Rahmen des Y.____-Gutachtens ist die Diagnose Status nach Gastric Sleeve Resektion bei Adipositas per magna am 30. Mai 2012 unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Der Beschwerdeführer klagte zu diesem Zeitpunkt auch nicht über irgendwelche Beschwerden im Magen-Darm-Bereich (Urk. 10/141 S. 30). Diese Einschätzung der Sachlage ist im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht mehr haltbar. So musste sich der Beschwerdeführer am 19. Februar 2015, am 27. September 2015 sowie am 9. Juli 2016 operativen Eingriffen unterziehen (vgl. E. 3.2-3), welche im Zusammenhang mit den nunmehr seit Jahren im Vordergrund stehenden Magen-Darm-Beschwerden stehen, so dass insgesamt ohne weiteres gewisse

Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes gegeben sind.

E. 4.2

Zu diesem Schluss kommt man auch bei Würdigung der seit 2015 erstmals aufgetretenen Synkopen, welche die Implantierung von einem Loop-Recorder indizierten. Auch konnte im Rahmen der Untersuchung vom 13. Januar 2015 (A.____) bei Orthostasebelastung eine vasovagale Synkope bestätigt werden (Urk. 10/172/6).

E. 4.3

Weiter ist seit der ursprünglich leistungsabweisenden Verfügung zu beachten, dass der Beschwerdeführer mehrfach stationär in Kliniken weilte (A.____: 12. bis 20. Januar 2015, Urk. 10/171; Magenoperation am 19. Februar 2015: Klinikaufenthalt nicht dokumentiert; Z.____: 19. bis 25. März 2015, Urk. 10/171; Z.____: 31. März bis 3. April 2015; Z.____: 1. bis 10. September 2015, Urk. 10/171; Z.____: 24. September bis 3. Oktober 2015, Urk. 10/172/2; Z.____: 9. bis 15. Oktober 2015, Urk. 10/172/6). Dr. med. D.____, Co-Chefarzt am Z.____ äusserte sich am 23. November 2015 dahingehend, dass der Beschwerdeführer deutlich invalidisiert und eine 100%ige IV-Berentung be rechtigt sei (Urk. 10/172/1). Auch aus dem Bericht der E.____ vom 23. Dezember 2014 muss auf einen mittlerweile geschwächten Patienten geschlossen werden. So habe der Beschwerdeführer mit Unterarmgeh stöcken und einer Pause eine Gehstrecke von 100 m bewältigen können. Aufgrund der ausgeprägten Schmerzsymptomatik und der körperlichen Schwäche sei er während des Aufenthalts auf den Rollstuhl sowie bei der körperlichen Pflege auf Hilfe angewiesen gewesen (Urk. 10/182/14-16). Der behandelnde Psychiater, Dr. F.____, hielt mit Schreiben vom 21. Oktober 2015 fest, dass aufgrund der Komplexität der Erkrankung mittlerweile da von auszugehen sei, dass beim Beschwerdeführer eine Heilung nicht mehr stattfindet und die 100%ige IV-Berentung die einzig vernünftige Lösung dar stelle. Der Beschwerdeführer werde nicht in der Lage sein, nochmals so weit zu genesen, dass er einer Tätigkeit nachgehen könne; aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf Dauer (Urk. 10/171).

Auch der weitere Verlauf ab 2016 zeigt keine Verbesserung der Situation. So erfolgte am 4. April 2016 aufgrund der Probleme mit der Nahrungsaufnahme und zunehmender Schwäche eine stationäre Zuweisung ins Z.____ (Urk. 10/194/3); weiter war der Beschwerdeführer in der Zeit vom 9. bis 14. Juli 2016 in der G.____ hospitalisiert (Operation vom 9. Juli 2016, Urk. 10/194/5) und die involvierten behandelnden Ärzte gehen von ei ner nunmehr vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus.

E. 4.4

Insgesamt bestehen allein in Würdigung der somatischen Befunde (Synkopen, Magenbeschwerden) ohne weiteres gewisse

Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes seit der ursprünglich leistungsabweisenden Verfügung vom 27. Oktober 2014. Ob auch aus psychischer Sicht Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gegeben sind, kann bei diesem Ergebnis offen bleiben, da die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Anspruchsprüfung ohnehin eine umfassende Abklärung vorzunehmen hat. Im Rahmen der Neuabklärung wird auch die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen bzw. äquivalenten Beschwerdebildern zu berücksichtigen sein, auch wenn diesbezüglich darauf hinzuweisen ist, dass diese für sich allein keinen Neuauflösungs- bzw. Revisionsgrund dar stellt (BGE 141 V 585 E 5.3). Dabei ist auch dem nunmehr dokumentierten hartnäckigen Verlauf und der Chronifizierung der Erkrankung Rechnung

zu tragen.

Zusammenfassend führt dies zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung.

E. 5

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 Gräub-Schetty

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