

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00176 vom 6. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00176

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00176 du 6 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00176 del 6 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, betreibt mit seiner Ehefrau ein Restaurant. Am 22. August 2016 prallte ein rückwärtsfahrender Personenwagen gegen die rechte vordere Seite des von ihm gelenkten Autos (Urk. 7/6/79, 7/6/86-89). In der Folge litt er an Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen und verspürte ein Ohrenpfeifen. Ärztlicherseits wurde er in unterschiedlichem Mass arbeitsunfähig geschri eben (Urk. 7/6/74-77).

Am 3. März 2017 meldete er sich unter Hinweis auf den Unfall vom 22. August 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte die Akten der zuständigen Unfallversicherung, der Swica Versicherungen AG, sowie einen Bericht des behandelnden Arztes ein, führte mit dem Versicherten ein Standortgespräch durch und zog die Buchhaltung des Restaurants bei (Urk. 7/6, 7/10, 7/14, 7/19-20, 7/22). Am 28. Juni 2017 erging das von der Unfallversicherung beim Y.____ in Auftrag gegebene

interdisziplinäre (neurologische, psychiatrische und otorhinolaryngologische) Gutachten (Urk. 7/27/2-40). Dazu stellte die IV-Stelle Zusatzfragen (vgl. Urk. 7/28). Die Beantwortung der Zusatzfragen erfolgte am 10. Oktober 2017 (Urk. 7/29/6-9). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/31, 7/35) wies die IV-Stelle

mit Verfügung vom 4. Februar 2019 das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu

prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

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. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf alle wichtigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

2.

E. 2

Mit Eingabe vom 7. März 2019 erhob der Versicherte - unter Einreichung diverser Arztberichte (Urk. 3/1-6) - Beschwerde und beantragte, es sei ihm mit Wirkung ab 1. August 2017 eine Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle

schloss in der Beschwerdeantwort vom 8. April 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. April 2019 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der Verfügung vom 4. Februar 2019 führte die IV-Stelle aus, aus dem Y.____ -Gutachten vom 28. Juni 2017 gehe hervor, dass aus körperlicher Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Sodann begründe die im Gutachten gestellte psychiatrische Diagnose keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es bestehe mithin kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht beschwerdeweise geltend, dass dem Y.____ -Gutachten kein Beweiswert zukomme. Darin werde ausgeführt, die Diagnose einer Verletzung der Halswirbelsäule, wie sie in einigen Vorakten erscheine, sei nicht zutreffend. Im Gutachten bleibe diese Einschätzung indessen unbegründet. Sie sei denn auch nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 4). Dem otorhinolaryngologischen Teilgutachten sei zu entnehmen, dass die Schwindelbeschwerden und der Tinnitus zumindest teilkausal auf den Unfall vom 22. August 2016 zurückzuführen seien. Entsprechendes ergebe sich auch aus den Vorakten. Davon sei folglich auszugehen (Urk. 1 S. 6). Weiter äussere sich das Gutachten nicht zu den Wechselwirkungen der somatischen und psychischen Beschwerden, auch deshalb sei das Gutachten nicht beweisbildend (Urk. 1 S. 8 f.). Im neurologischen Teilgutachten werde sodann ausgeführt, dass spätestens nach drei Monaten nach dem Unfall wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine medizinische Begründung für diese Annahme könne dem Gutachten aber nicht entnommen werden (Urk. 1 S. 8). Aus psychiatrischer Sicht werde dem Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% attestiert. Diagnostiziert werde eine Anpassungsstörung. Rechtsprechungsgemäss seien psychische Leiden einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen. Gestützt auf das Y.____ -Gutachten sei dies nicht möglich (Urk. 1 S.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ff.). Im Weiteren habe sich sein Gesundheitszustand seit der Begutachtung beim Y.____ verschlechtert (Urk. 1 S.

11). 3.3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. September 2017 (Urk. 7/3, Art. 29 Abs. 1 IVG) hat. 3.2

Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin, den der Beschwerdeführer am 24. August 2016 aufgesucht hatte, diagnostizierte eine Distorsion der Halswirbelsäule und hielt als Folge des Unfalls Kopf-, Schulter- und Nackenschmerzen, Schwindel sowie Hörstörungen in Form eines Tinnitus fest (Urk. 7/6/76, 7/6/77). Er veranlasste ein MRI der Halswirbelsäule und des Schädels. Diese zeigten keine Hinweise auf Traumafolgen (MRI-Bericht vom 23. September 2016,

Urk. 7/6/14).

Am 4. Oktober 2016 untersuchte Dr. med. A.____, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, den Beschwerdeführer. Er hielt fest, es bestehe ein post traumatisch akzentuierter Tinnitus mit knapper psychischer Kompensation, ein Schultergürtel- und Nackensyndrom, eine Hochtonperzeptionsstörung beid seits sowie ein mögliches Schlafapnoesyndrom. Letzteres könne die nächtliche Tinnitussymptomatik ungünstig beeinflussen (Urk. 7/6/67). 3 .3

Dr. Z.____ führte im Bericht vom 26. November 2016 aus, es bestehe ein Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule mit einem zervikozephalen und zervikospondylogenen Schmerzsyndrom, Kopfschmerzen und einem Tinnitus. Gleichzeitig vermerkte er, dass die Beschwerden generell zurückgegangen seien. Vordergründig bestünden noch Kopfschmerzen und der Tinnitus (Urk. 7/6/59). Gegenüber der SWICA erklärte der Beschwerdeführer am 29. November 2016, dass er keine Schmerzen mehr habe. Das einzige Problem sei der Tinnitus. Er könne deswegen nur noch drei bis vier Stunden schlafen (Urk. 9/1). 3 .4

Die Ärzte des B.____ hielten im Bericht vom 5. Dezember 2016 fest, das Hauptproblem stelle zur Zeit der posttraumatisch aufgetretene Tinnitus dar, welcher den Beschwerdeführer massiv belaste und zu Schlafstörungen führe. Der Tinnitus sei wohl aber nur eine Teilursache der Schlafstörung. Gemäss Ehefrau träten auch nächtliche Atempausen auf. Es müsse daher ein Schlafapnoe-Syndrom vermutet werden. Dazu passe auch die Adipositas, die sich seit dem Unfall noch verstärkt habe (Urk. 7/6/47). Das von den Klinikärzten veranlasste MRI des Schädels ergab keinen Nachweis einer duralen AV-Fistel oder einer anderweitigen Pathologie (MRI vom 19. Dezember 2016, Urk. 7/22/14). Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 25. Januar 2017 hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer berichte von Drehschwindel, Tinnitus, Hörminderung und Kopfschmerzen (Urk. 7/6/20). Das von ihnen in Auftrag gegebene CT der Schädelbasis zeigte keine auffälligen Darstellungen (CT vom 31. Januar 2017, Urk. 7/22/21). 3 .5

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine ORL, Hals- und Gesichtschirurgie, Rhinologie und Schnarchen, hielt im Bericht vom 8. Februar 2017 fest, der Beschwerdeführer leide unter Schlafstörungen und einem Tinnitus links. Drehschwindelbeschwerden würden negiert. Ohrmikroskopisch bestünden keine Auffälligkeiten. Weder klinisch noch aus dem CT vom 31. Januar 2017 ergäben sich Zeichen einer Perilymphfistel oder eines Barotraumas (Urk. 7/22/18). 3 .6

Die Ärzte des D.____ diagnostizierten im Bericht vom 22. Februar 2017 ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades. Die obstruktiven Atemstörungen führten zu Sauerstoffentsättigungen und zu einer Fragmentierung des Schlafes (Urk. 7/22/22-34, vgl. auch Urk. 7/22/48-49). Die Ärzte des B.____ erklärten im Bericht vom 14. März 2017, die Kopfschmerzen stünden einerseits im Zusammenhang mit dem Schlafapnoe-Syndrom und andererseits mit den Beschwerden der Halswirbelsäule (Urk. 7/22/12-13). 3 .7

Im Y.____-Gutachten vom 28. Juni 2017 wurde als unfallkausale Diagnose eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) gestellt. Das Nacken-, Schulter-, Armsyndrom links, das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom bei Adipositas, die sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits leichten bis mittleren Grades, der subakute bis chronische Tinnitus links sowie das Kopfweh vom Spannungstyp mit unsystematischem Schwindel (nicht peripher-vestibulär) wurden als unfallfremd beurteilt (Urk. 7/27/10).

Dazu führten die Gutachter aus, das Unfallereignis vom 22. August 2016 habe keine milden traumatischen Hirnverletzungen zur Folge gehabt. Die bildgebenden Verfahren hätten keine Hinweise auf strukturelle Verletzungen ergeben. Auch liege kein typischer Verletzungsmechanismus der Halswirbelsäule vor. Die Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule, wie sie in einigen Akten aufgeführt würde, sei nicht zutreffend. Seit dem Unfall bestünden permanent verschiedene Beschwerden: Schlafstörungen, welche zum Teil auf das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom bei Adipositas zurückzuführen seien, dauerndes diffuses Kopfweh, unangenehme Ohrgeräusche, Schwindel, Schulterbeschwerden und Kopf- und Nackenschmerzen. Letztere Schmerzen würden von den Ärzten des B. ___ als posttraumatisch bezeichnet. Dies beziehe sich gemäss Klassifikation aber einzig auf das zeitliche Auftreten und nicht auf die Kausalität (Urk. 7/27/10). Zum Schwindel führten die Ärzte aus, weder eine periphere noch eine zentrale Ursache der Schwindelgefühle habe nachgewiesen werden können. Unsystematische Schwindelzustände seien typischerweise assoziiert mit Kopfweh vom Spannungstyp (Urk. 7/27/11).

Im Rahmen der neurologischen Beurteilung wurde festgehalten, die Beschwerden des Beschwerdeführers seien nicht objektivierbar. Ein Schädelhirntrauma habe nicht stattgefunden. Das Belastungsprofil und damit die Arbeitsfähigkeit sei auf der neurologischen Ebene nicht reduziert. Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit spätestens drei Monate nach dem Ereignis, also ab Ende Dezember 2016, wieder voll gegeben gewesen (Urk. 7/27/21-22).

In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe bei völliger Gesundheit einen Verkehrsunfall erlitten, welchen er neurotisch verarbeitet habe. In diesem Zusammenhang sei es zu einer depressiven Reaktion gekommen, was sich als Anpassungsstörung zeige und bis heute anhalte (Urk. 7/27/30). Diese Störung führe dazu, dass aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in der bisherigen sowie in Verweistätigkeiten bestehe (Urk. 7/27/32-33). Die Symptomatik der Anpassungsstörung dürfte wenige Wochen nach dem Unfallereignis aufgetreten sein, als die akute Belastung abgeklungen sei. Aus pragmatischen Gründen sei der 1. Oktober 2016 zu nennen (Urk. 7/27/33 ,

vgl. auch Urk. 7/29/7). Es sei davon auszugehen, dass die Anpassungsstörung bei einer angemessenen Behandlung innerhalb eines Jahr abklinge (Urk. 7/27/33).

Die otorhinolaryngologische Beurteilung erging im Rahmen eines eigenständigen Teilgutachtens. Darin führte Dr. med. E. ___ , Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten und für Hals- und Gesichtschirurgie, zum Tinnitus und zur Schwerhörigkeit aus, aktuell finde sich ein unauffälliger ohnmikroskopischer Befund. Der weitgehend symmetrische Hochtonabfall sei mit einer (frühzeitig) beginnenden Presbyakusis vereinbar. Hinweise für eine traumatische Genese der Hörstörung lägen keine vor. Bei einer Contusio

labyrinthi oder einem Knalltrauma wäre kein symmetrischer Hochtonabfall zu erwarten, sondern vielmehr eine asymmetrische, einseitige Hochtonsenke mit maximalem Hörverlust bei vier bis sechs kHz. Eine ohrnahe Schädelbasisfraktur oder eine Labyrinthfistel habe im Schädel-CT vom 31. Januar 2017 ausgeschlossen werden können. Die Kausalität des Tinnitus sei nicht eindeutig beurteilbar. Einerseits sei der Tinnitus erst nach dem Kopftrauma vom 22. August 2016 aufgetreten. Andererseits fänden sich, wie erwähnt, im Tonaudiogramm keine objektivierbaren Hinweise für ein relevantes Ohrtrauma. Insgesamt

könne also eine traumatische Genese nicht ausgeschlossen werden beziehungsweise erscheine als möglich (Urk. 7/27/37). Zu den Schwindelbeschwerden erklärte Dr. E.____, dass diese nicht auf eine periphere vestibuläre Pathologie zurückzuführen seien. Die neurootologischen Befunde seien normal. Insbesondere könne ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel ausgeschlossen werden. Differenzialdiagnostisch sei an orthostatische Schwindelbeschwerden zu denken, da der Schwindel mehrheitlich beim Aufstehen und beim Bücken aufträte. Es fänden sich also keine klaren objektiven Hinweisen für eine traumatische Genese der Schwindelbeschwerden. Dennoch sei ein Zusammenhang mit dem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule nicht ausschliessbar; eine zumindest partielle traumatische Ursache des Schwindels bleibe also möglich (Urk. 7/27/37 -38). Der Tinnitus sei kausal nicht therapierbar. Eine Hörgeräteversorgung oder ein Noiser könnte die Tinnitusverarbeitung verbessern. Bei deutlicher psychischer Belastung sei zudem allenfalls eine psychiatrische Betreuung im Sinne einer Tinnitusretraining

therapy zu empfehlen. Auch eine verbesserte Schlafqualität durch das Tragen der CPAP-Maske habe positive Auswirkungen auf zentrale Kompensationsmechanismen (Urk. 7/27/38). Aus HNO-Sicht werde die Arbeitsfähigkeit weder aufgrund der Schwerhörigkeit noch der Schwindelbeschwerden beeinträchtigt. Grundsätzlich beeinflusse auch der Tinnitus die Arbeitsfähigkeit nicht. In Anbetracht der multifaktoriell bedingt stark beeinträchtigten Schlafqualität empfehle sich eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % für drei Monate. Nach Durchführung von Therapien sei die Situation neu zu beurteilen beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu steigern (Urk. 7/27/38). 3.8

Im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2017 erklärte Dr. E.____, dass ein Tinnitus als Folge eines Traumas nur aussergewöhnlich gemacht werden könne, wenn gleichzeitig andere pathologische Befunde aufgetreten seien. Solches sei vorliegend nicht der Fall. Der bestehende beidseitige symmetrische Hochtonabfall sei nicht typisch für eine traumatische Schwerhörigkeit, sondern entspreche einer altersbedingten Gehörsabnutzung. Die typische traumatische Gehörseinschränkung zeige eine V- oder U-förmige Senke bei 4000 bis 6000 Hz mit Erholung der Hörschwelle bei 8000 Hz. Eine solche Veränderung bestehe beim Beschwerdeführer nicht (Urk. 7/29/9).

Auf diese Ausführungen verwiesen die Y.____-Gutachter in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 10. Oktober 2017. Ansonsten wiesen sie darauf hin, dass es sich bei einer Anpassungsstörung definitionsgemäss um eine leichte depressive Störung handle. Zur Frage, weshalb der Unfallmechanismus aus medizinischer Sicht nicht zu einer Distorsion der Halswirbelsäule passe (vgl. Urk. 9/2), erklärten sie, dass eine solche typischerweise im Rahmen einer Heckauffahrkollision oder allenfalls bei einer Frontalkollision aufträte. Bei einer Seitenkollision gälten andere physikalische Gesetzmässigkeiten. Auf die weitere Frage, weshalb aus neurologischer Sicht nach spätestens drei Monaten nach dem Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe (Urk. 9/2), antworteten sie, dass Kontusionen ohne Nachweis struktureller Verletzungen nach sechs Wochen als abgeheilt gälten. Im Einzelfall könne die Beschwerdedauer auch bis zu drei Monaten betragen. Eine längere Arbeitsunfähigkeit lasse sich medizinisch nicht begründen (Urk. 7/29/6-7). 3.9

Den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer im Oktober 2017 beginnende Polyarthrosen-Beschwerden sowie eine schwergradige Arthrose des unteren Sprunggelenks rechts festgestellt wurden (Bericht Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädie, vom 5. Oktober 2017, Urk. 3/2). Wegen einer Veneninsuffizienz wurde der Beschwerdeführer am 8. November 2018 untersucht.

Empfohlen wurde ihm eine endovenöse

Laserphlebektomie (Bericht Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie,
vom 1

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