

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00293 vom 29. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00293

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00293 du 29 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00293 del 29 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit

dem im Sozialversicherungsrecht Ã¼berwiegenden Beweisgrad der Ã¼berwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.4.1.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. 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 wärdigen 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 allseitigen 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 131 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 2

2.1.1.1 Prof. Dr. A. ___ führte im Bericht vom 2. Juni 2003 aus, der Versicherte sei ihm überwiesen worden, nachdem eine Ergotherapie nach der Gipsentnahme vor zwei Wochen nicht durchführbar gewesen sei, dies wegen massiven Schmerzen am gesamten linken Arm und wegen Immobilität und Hypästhesie im linken Unterarm sowie in der linken Hand. Der Versicherte stamme aus Afghanistan und habe vor sieben Jahren eine Minenverletzung der linken Hand und geringgradig des Rumpfes erlitten. Heute fänden sich bei Zustand nach wahrscheinlichen Verbrennungen Hauttransplantate am Zeigfinger, Narbenverkrüftungen und gewisse Fehlstellungen einzelner Finger. Der Versicherte benütze den linken Arm praktisch nicht und klage über bewegungsindizierte Schmerzen. Der gesamte linke Handgelenksbereich sei geschwollen, die Haut rötlich verfärbt, die Hand leicht ödematös und der Handrücken leicht vermindert behaart. Es sei eine Hyperhidrose feststellbar. Eine aktive Innervation der Finger gelinge nicht, ebenso keine Flexions- und Extensionsbewegungen im Handgelenk sowie keine volle Extension und Flexion im Ellbogengelenk. In der Beurteilung erklärte Prof. Dr. A. ___, es handle sich um eine eindrückliche und ausgeprägte Sudeck-Dystrophie mit vollständig fehlender Willkürinnervation sämtlicher kleinerer und grösserer Hand- und Unterarmmuskeln. Eine Schädigung einzelner Nerven könne aufgrund der unauffällig gebliebenen elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungen ausgeschlossen werden (Urk. 3/9, vgl. auch 15/M4).

2.2.1.1 Die Ärzte des B. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, bestätigten die Diagnose eines Sudecks beziehungsweise eines CRPS I der

linken oberen Extremität. Laut dem Bericht vom 19. September 2003 war anlässlich der Untersuchung vom 2. September 2003 das klinische Bild im Wesentlichen unverändert, indessen waren keine Muskelatrophien und keine Schwellung an der linken Hand feststellbar. Eine in der Folge veranlasste Schultersonographie war unauffällig. Ein Röntgenbild der linken Hand zeigte keine Veränderung im Vergleich zur gesunden Seite, namentlich bestanden keine Zeichen einer fleckigen Osteoporose. Im Rahmen der Ergo- und Physiotherapie zeigte sich, dass der Versicherte bei Übungen ohne visuelle Kontrolle der linken Hand diese funktionell absolut normal einsetzen konnte. Bei Austritt war die Trophik der linken Hand unauffällig, ebenso die passive Beweglichkeit der Finger und der Hand bis auf ein leichtes Extensionsdefizit vom Dig. III und IV links sowie bis auf die willkürliche Einschränkung der Handgelenksextension und -flexion (Urk. 3/12; vgl. auch Urk. 15/M7).

2.3 Am 7. April 2004 meldete sich der Versicherte auf der Notfallstation des B. wegen einer deutlichen Schmerzzunahme seit zwei Monaten im gesamten linken Arm und in der linken Schulter. Aufgrund dessen erfolgte eine Hospitalisation bis zum 15. April 2004. Die Ärzte des B. hielten im Bericht vom 19. April 2004 fest, jegliche Mobilisation oder Reizung habe unmittelbar zu einer Exazerbation der Schmerzen geführt, so dass die Ergo- und Physiotherapie nach einer Woche habe abgebrochen werden müssen. Insbesondere wegen Selbstlimitation beziehungsweise mangelnder Kooperation habe keine Besserung des Zustandsbilds erreicht werden können. Es sei aufgefallen, dass der Versicherte seinen linken Arm mit praktisch normalem Bewegungsausmass in seinen Alltag integriert habe, während die klinische Untersuchung durch sofortige Gegeninnervation erschwert gewesen sei. Bei Ablenkung habe eine praktisch normale passive Beweglichkeit des linken Schultergelenks sowie der Hand- und Fingergelenke dokumentiert werden können (Urk. 3/13 = Urk. 15/M15).

2.4 Der behandelnde Psychiater, Dr. C., wies verschiedentlich auf die schwierige soziale, somatische und psychische Situation des Versicherten hin (Urk. 15/M11, Urk. 15/M14, Urk. 15/M14a). Im Bericht vom 20. Juni 2004 erklärte er, dass solange die soziale Situation nicht besser abgeklärt und strukturiert sei, der Versicherte den somatischen Befund seiner Hand unbewusst nicht verbessert sehen wolle, ansonsten ihm ein Pfand als äusseres Erscheinungsbild seiner sehr komplexen gesamten Lebenssituation abhandeln komme (zitiert in Urk. 15/M17 S. 6).

2.5 Dr. D. hielt im Gutachten vom 4. April 2005 unter der Anamnese fest, der Versicherte habe in Afghanistan eine Pilotenausbildung begonnen, diese nach Ausbruch des Krieges aber abbrechen müssen. In der Schweiz besuche er Kurse (Deutsch, Mathematik und Informatik). Die bestehende Arbeitsunfähigkeit verunmögliche ihm aber die Erzielung eines Einkommens, auf welches er für die Finanzierung der Kurse angewiesen sei. Unter den Befunden erluterte er, der Oberarmumfang links sei gegenüber rechts um 1 cm verringert. Der Vorderarm- als auch der Handgelenksumfang seien seitengleich. Auf der Höhe der Mittelhand links sei ein Minus von 1,5 cm messbar. Die Hand links könne kaum berührt werden. Gegenüber rechts sei ein diskret vermehrtes Schwitzen sowie eine leichte Hypertrichose objektivierbar. Die linke Hand fühle sich etwas wärmer als die rechte an. Eine Marmorierung der Hand bestehe nicht. Es bestehe eine geringe seitengleiche Beschwellung. Das linke Handgelenk stehe in ca. 15° Flexion. Eine aktive Beweglichkeit sei nicht vorhanden und die passive Untersuchung wegen massiver Abwehrbewegungen unmöglich. Die in den Akten beschriebene verbesserte

Beweglichkeit ohne visuelle Kontrolle könne er bei der Untersuchung nicht nachvollziehen. Eine von ihm veranlasste Röntgenaufnahme des linken Handgelenks zeige eine durchgebaute Scaphoidfraktur. Anhand der vorhandenen Akten sei an der Diagnose eines CRPS I nicht zu zweifeln, wobei das heutige Stadium der Erkrankung schwierig abzuschätzen sei. Die natürliche Kausalität des CRPS zum Unfall vom 28. März 2003 sei zu bejahen. Weiter erklärte er, psychisch belastete Personen seien für ein CRPS I prädisponiert. Der Versicherte habe in Afghanistan eine Minenverletzung erlitten. Ebenfalls stellten die Einreise in die Schweiz sowie das Asylverfahren belastende Lebensereignisse dar. Als Küchenhilfe habe er keine seinem Intellekt entsprechende Tätigkeit ausüben können. Zudem habe das B.____ im September 2003 eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Es stelle sich daher die Frage, ob der heutige Zustand allein Folge des überwiegend wahrscheinlichen CRPS I sei oder ob andere beziehungsweise zusätzliche Gründe dafür verantwortlich seien. Differentialdiagnostisch sei an eine Pseudodystrophie zu denken, die als eine besondere Form der Dystrophie gelte und durch den Nichtgebrauch einer Extremität induziert werde. Das in den Berichten des B.____ beschriebene Verhalten, wonach der Versicherte im Alltag sein Schultergelenk normal bewege und seine Hand bei Übungen ohne visuelle Kontrolle funktionell absolut normal einsetze, lasse die Möglichkeit offen, ob nicht zusätzliche Faktoren wie beispielsweise eine Pseudodystrophie in Betracht gezogen werden müssten. Seiner Meinung nach würden die psychischen Komponenten beim weiteren Verlauf des nach der Scaphoidfraktur festgestellten CRPS I eine wichtige Rolle spielen. Das prozentuale Ausmass vermöge er nicht anzugeben. Da beim Versicherten weiterhin Zeichen eines CRPS I vorhanden seien, sei der Status quo ante noch nicht erreicht. Der zeitliche Rahmen sei unbestimmt. Zur weiteren Behandlung empfahl Dr. D.____ eine interdisziplinäre Schmerztherapie. Zudem erklärte er, dem Versicherten sei unbedingt die Möglichkeit zu geben, eine seinem Intellekt und seiner Neigung entsprechende Ausbildung zu absolvieren. Damit könne voraussichtlich eine deutliche Besserung des somatischen Zustandes erreicht werden. Des Weiteren hielt er Aussagen zur allfälligen Ausrichtung einer Integritätsentschädigung für verfrüht, erachtete aber eine Restitutio ad integrum kaum als vorstellbar. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte er aus, der linke Arm könne nicht mehr eingesetzt werden. Dabei handle es sich um den dominanten Arm. Eine Weiterbeschäftigung in der Gastronomie sei daher nicht sinnvoll. Eine Tätigkeit, die mit der adominanten Hand ausführbar sei, sei theoretisch vollumfänglich möglich (Urk. 15/M17).

2.6.6.6 Dem Bericht der Rehaklinik E.____ vom 2. August 2005 ist zu entnehmen, dass bei Eintritt des Versicherten in die Klinik am 1. Juni 2005 keine Schwellung an den Händen feststellbar war. Die Temperatur war seitengleich. Eine nennenswerte Hypersudation bestand nicht. Die linke Hand war zeitweise diskret livide im Vergleich zu rechten. Bei feiner Berührung gab der Versicherte ab Mitte Unterarm nach distal eine ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit an. In abgelenkten Momenten ertrug er die Berührung allerdings besser. Eine aktive Bewegung der Finger oder des Handgelenks war nicht möglich. Auch eine passive Bewegungsprüfung konnte wegen massiver Schmerzangaben nicht stattfinden. In diagnostischer Hinsicht führten die Ärzte aus, da klinisch kaum mehr trophische Veränderungen an der linken Hand bestanden hätten, die auf ein CRPS hingewiesen hätten, seien vergleichende Röntgenaufnahmen der rechten und linken Hand durchgeführt worden. Diese hätten lediglich eine diskrete diffuse Osteopenie links, jedoch keine fleckige Demineralisation, wie sie für ein CRPS typisch

normalen Bewegungsausmass in seinen Alltag integriert und bei Ablenkung habe praktisch eine normale passive Beweglichkeit der Schulter-, Hand- und Fingergelenke dokumentiert werden können (Urk. 3/13). Überdies liess die Compliance des Versicherten vielfach zu wünschen übrig. Deswegen musste im Rahmen des stationären Aufenthalts im B.____ vom 7. bis 15. April 2004 gar die Ergo- und Physiotherapie abgebrochen werden (Urk. 3/13, Urk. 15/M5, Urk. 15/M9 Urk. 15/M20). Aus diesem Grund ist eine gewisse Aggravation oder gar Simulation, wie dies die Beschwerdegegnerin vermutet (Urk. 13 S. 5), nicht auszuschliessen. Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass die Diagnose eines CRPS I (Morbus Sudeck) für die Dauer, in welche die erwähnten Vorkommnisse fielen, unbestritten ist. Dabei handelt es sich um eine chronische neurologische Erkrankung, die nach einer Weichteil- oder Nervenverletzung auftreten kann und medizinisch nur schwierig zu erfassen ist (vgl. Debrunner; Orthopädie, Orthopädische Chirurgie; 4., vollständig neu beurteilte Auflage; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002; S. 695; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch; 259 Auflage; Berlin, New York 2002; S. 1421). Daher kann der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, wenn sie behauptet, bei dieser Diagnose handle es sich im vorliegenden Fall um die medizinische Umschreibung für ein nicht gekürtes, therapieresistentes Schmerzsyndrom (Urk. 13 S. 5). Aus der gestellten Diagnose eines CRPS, das nach Meinung von Prof. Dr. A.____ und Dr. med. H.____, beratender Arzt der AXA Winterthur und Facharzt für Orthopädischer Chirurgie schwer ausgeprägt war (Urk. 3/9, Urk. 15/M8), ist zu schliessen, dass dem klinischen Beschwerdebild zumindest anfänglich eine organische Genese zu Grunde lag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fraglich ist indessen, wie es sich damit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2005 verhielt. Dr. D.____ erachtete im Zeitpunkt seiner Begutachtung vom 26. November 2004 ein CRPS I nach wie vor als gegeben. Die Frage nach dem Stadium der Erkrankung liess er offen, bejahte aber damit implizit das Vorhandensein eines organischen Substrats. Gleichzeitig war er klar der Meinung, der Verlauf des CRPS werde massgeblich durch psychische Faktoren beeinflusst. Er erwartete denn auch eine massgebliche Verbesserung des Zustandsbilds durch die Gewährung paramedizinischer Massnahmen in Form einer intellektuellen Ausbildung (Urk. 15/M17 S. 14 ff.). Angesichts dieser erheblichen Komorbidität psychischer Faktoren stellt sich, wenn man dem Gutachten folgt, die Frage, inwiefern die subjektiven geklagten Beschwerden sich durch den objektiven Unfallschaden erklären lassen. Diese Frage beantwortet Dr. D.____ nicht, ist aber für die natürliche Kausalität relevant.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Aufenthalt in der Rehaklinik E.____ erfolgte rund ein halbes Jahr später. Von einer zwischenzeitlich eingetretenen wesentlichen Verbesserung kann nicht ausgegangen werden. Zwar vermochte Dr. D.____ ein diskret vermehrtes Schwitzen, eine leichte Hypertrichose, einen leichten Temperaturunterschied und auf der Höhe der Mittelhand ein Umfangminus von 1 cm links gegenüber rechts festzustellen (Urk. 15/M17 S. 7), während solche Befunde von den Ärzten der Rehaklinik nicht erhoben wurden. Indessen notierten auch sie eine Bewegungsunfähigkeit, Schmerzhaftigkeit, Überempfindlichkeit und Gefühllosigkeit der linken Hand. Zudem vermerkten sie trophische Veränderungen an dieser Hand, wenn auch nur in geringem Ausmass (Urk. 15/M20). Zudem veranlassten sie eine 3-Skelettszintigraphie, die keine Hinweise auf ein CRPS enthielt. Jedoch verhielt es sich mit den früheren Röntgenaufnahmen gleich. Von sämtlichen Ärzten, welche den Versicherten selber untersuchten, sind sie die einzigen, die ein CRPS nicht mehr als vorhanden erachteten. Demgegenüber geht das B.____, wie

aus dem Bericht von Dr. V.____ vom 10. Mai 2007 hervorgeht (Urk. 3/23), nach wie vor von einem CRPS aus. Auffallend ist zudem, dass die Ärzte der Rehaklinik wiederholt betonten, dass sie "der Meinung" seien, ein CRPS würde nicht mehr vorliegen (Urk. 15/M20 S. 2 und 4), womit sie ihre eigene Aussage relativierten.

Demnach erweist sich der Sachverhalt als zu wenig abgeklärt. Die geklagten Beschwerden lassen sich nach den vorliegenden Akten nicht einordnen. Es ist unklar, ob sie, insbesondere zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2005, auf einen organischen Unfallschaden zurückzuführen waren beziehungsweise noch sind und gegebenenfalls inwiefern sie durch einen solchen zu erklären wären. Der Sachverhalt ist daher sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht weiter abzuklären. Dabei empfiehlt sich die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens. Insofern ist die Beschwerde gutzuheissen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Die Prozessentscheidung ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist dem Versicherten eine Prozessentscheidung von Fr. 2'100.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Damit erweist sich das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung als gegenstandslos.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Mai 2007 aufgehoben und die Sache an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen die erforderlichen weiteren Abklärungen tätige und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentscheidung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- AXA Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

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).

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