

BL_GERICHTE 725 11 375 / 32 vom 23. März 2011

BL Gerichte, 2011-03-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725 11 375 _ 32](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_11_375_32)

FR: BL_GERICHTE 725 11 375 / 32 du 23 mars 2011

IT: BL_GERICHTE 725 11 375 / 32 del 23 marzo 2011

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Münchenstein, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten ist demnach einzutreten. 2.1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Pflegeleistungen sind solange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 erster und zweiter Satz UVG e contra-rio). Erachtet der Unfallversicherer diese Voraussetzung nicht mehr als gegeben oder hält er eine laufende oder wieder beantragte Behandlung für unzweckmässig, kann er deren Fortsetzung gestützt auf Art. 48 Abs. 1 UVG ablehnen (vgl. BG. E 128 V 171 E. 1b). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG). 2.2 Kann von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden und laufen auch keine Eingliederungsmassnahmen der IV mehr, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente

sowie auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (vgl. BGE 137 V 201 f. E. 2.1, 134 V 114 E. 4.1). Nahtlos an diese Regelung schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll eine Heilbehandlung - wie auch die in den Art. 11 bis 13 UVG vorgesehenen Kostenvergütungen - nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt alsdann der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

2.3 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 ff. hierzu festgehalten, dies bestimme sich mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei, namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei verdeutliche die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen würden nicht genügen (vgl. BGE 134 V 115 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Nun gilt es allerdings zu beachten, dass diese Rechtsprechung auf Fälle zugeschnitten ist, in denen das Unfallereignis zu einer länger andauernden ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person geführt hat. Sie lässt sich deshalb nicht unbedenken auf sog. Bagatellunfälle, bei denen von Anfang an gar keine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, oder auf Unfälle, bei denen trotz anhaltender unfallbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen bereits nach kurzer Zeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit besteht, übertragen. In diesen Fällen kann dem Aspekt der Arbeitsfähigkeit für die Beurteilung der Frage, wann der Versicherer den Fall abschliessen darf, keine Bedeutung zukommen, ansonsten der Unfallversicherer den Fallabschluss sofort oder nach sehr kurzer Zeit herbeiführen könnte und so trotz anhaltender unfallbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen keine Behandlungskosten (mehr) übernehmen müsste. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses muss in jenen Fällen deshalb ausschliesslich nach Massgabe der noch zu erwartenden Besserung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen bestimmt werden und es ist anhand der medizinischen Akten zu prüfen, ob noch von einer namhaften Progredienz des Heilungsprozesses ausgegangen werden kann oder ob ein stabilisierter Gesundheitszustand vorliegt, der nicht mehr namhaft verbessert werden kann.

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art.

61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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 allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten 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 (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

E. 4

Die Concordia stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Endzustands auf den Bericht von Dr. D., FMH Allgemeine Medizin, vom 18. Dezember 2010, wonach der Endzustand erreicht und der Unfallabschluss zu prüfen sei. Diese Beurteilung deckt sich mit der vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. E. vom 23. Dezember 2010, der zufolge keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erreicht werden könne und auch keine Optimierung der Beweglichkeit mehr möglich sei. Die Beweglichkeit und der Muskelaufbau würden vielmehr stagnieren. Der medizinische Endzustand sei daher erreicht. Zumal die Versicherte bereits im Januar 2009 beschwerdefrei war (vgl. Bericht des F. vom 20. Januar 2009), erhellt, dass mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BG. E 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen) ab Ende Dezember 2010 von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden konnte. Aufgrund der Tatsache, dass die Versicherte ihre Arbeit im September 2008 wieder vollumfänglich aufgenommen und seither keine Arbeitsunfähigkeit mehr zu verzeichnen hatte (vgl. Arztbericht von Dr. D. vom 18. Dezember 2010, ad Ziffer 2), steht zudem fest, dass derzeit keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Ein allfälliger Rentenanspruch ist somit ausgeschlossen (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Zwischen den Parteien deshalb zu Recht nicht mehr bestritten ist, dass der gesundheitliche Endzustand erreicht ist und die Versicherte keinen Renten begründenden Invaliditätsgrad aufweist (vgl. oben, Erwägung 2.2 f.).

E. 5

Zur Diskussion steht hingegen, ob sich ein Anspruch auf eine weiterführende Heilbehandlung auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG stützen kann, da die Beschwerdeführerin unzweifelhaft weder an einer Berufskrankheit (lit. a) oder an einem Rückfall beziehungsweise an Spätfolgen (lit. b) leidet, noch vollständig erwerbsunfähig ist (lit. d).

E. 5.1

Nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG werden nach Festsetzung der Invalidenrente Pflegeleistungen und Kostenvergütungen für Heilbehandlung, Hilfsmittel, Sachschäden und Reise-, Transport- sowie Rettungskosten gewährt, wenn die Rentenbezügerin zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf. Nach dem Wortlaut setzt diese Regelung einen Rentenanspruch voraus. Am Erfordernis der beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit wird ebenso in der Literatur und in der Rechtsprechung festgehalten (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 382 ff., Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilung] U 12/04 vom 28. Juli 2004 E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2007 vom 20. März 2009 E. 3.1 f.). In einem erst kürzlich ergangenen Urteil hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zu Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG bestätigt und ausgeführt, dass sich die fragliche Bestimmung gemäss dem Wortlaut des Gesetzes eindeutig auf Personen beziehe, die bereits eine Rente beziehen, hingegen weiterhin erwerbsfähig seien, also einen IV-Grad zwischen 10% und weniger als 100% aufweisen (vgl. für vollständig Erwerbsunfähige Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG). Zum gleichen Ergebnis führe die Konsultation der Lehre und der Rechtsprechung. Für eine Interpretation von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG, wonach eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für eine den status quo erhaltende Heilbehandlung über den Renten ausschliessenden Fallabschluss hinaus gegeben ist, bestehe somit kein Raum. Wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Heilbehandlungen habe diesfalls vielmehr die obligatorische Krankenversicherung zu gewähren. Vorbehalten bleibt einzig ein Anspruch auf weitere Heilbehandlung gemäss Art. 11 UVV in Verbindung mit Art. 10 UVG wegen eines Rückfalls oder wegen Spätfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2011, 8C_191/2011, E. 5).

E. 5.2

Da die Versicherte derzeit keine unfallbedingte Invalidität aufweist, ist ein Anspruch auf Heilbehandlungsmassnahmen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zu verneinen. Nachdem die Voraussetzungen, unter welchen ein Anspruch auf Heilbehandlung im Rahmen des Art. 21 UVG besteht, abschliessend umschrieben sind (vgl. Botschaft zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 18. August 1976, S. 191 f.), besteht unabhängig von der medizinischen Situation - mithin auch unabhängig von der Frage, ob die Erwerbsfähigkeit der Versicherten durch medizinische Vorkehren verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann - so oder anders kein Raum für eine analoge Anwendung dieser Norm auf Versicherte ohne Rentenanspruch. Im vorliegenden Fall mag es aus Sicht der Beschwerdeführerin unbefriedigend sein, dass sie - im Vergleich zu Versicherten, die einen nur geringfügigen, aber dennoch Renten begründenden IV-Grad aufweisen und damit Anspruch auf Heilbehandlungen für den Erhalt ihrer Restarbeitsfähigkeit besitzen - trotz vollständiger Arbeitsfähigkeit keinen solchen Anspruch hat. Diese zwingende gesetzliche Regelung ist jedoch insoweit nachvollziehbar, als eine Zusprechung von Heilbehandlungen ohne Rente allenfalls zur Folge haben würde, dass das Schadendossier jeweils über Jahre hinweg offengehalten werden müsste, obschon keine oder nur sporadische Leistungen für Heilbehandlungen zu erbringen wären. Diese für die Versicherten unbefriedigende Regelung ist mithin sachlich begründet und kann demnach auch nicht als unechte Lücke qualifiziert werden. Für allenfalls notwendige Heilbehandlungen hat vielmehr der Krankenversicherer aufzukommen. Die strittige Leistungseinstellung der Concordia für Heilbehandlungen nach Erreichen des medizinischen Endzustandes ist vorliegend somit rechtmässig. Die Beschwerde ist in

diesem Punkt abzuweisen. 6.1 Es verbleibt, den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. Als anerkannte Krankenkasse kann die Concordia gemäss Art. 70 Abs. 2 UVG nur die Versicherung der Heilbehandlung einschliesslich Sachschäden, der Reise-, Transport- und Rettungskosten sowie des Taggeldes durchführen. Für die übrigen, langfristigen Leistungen, insbesondere also für die Renten und die Integritätssowie Hilflosenentschädigungen, muss sie mit einem Versicherer, der diese Leistungen zu erbringen befugt ist, die Zusammenarbeit vereinbaren. Diese Regelung hängt mit dem Finanzierungssystem der Krankenkassen zusammen, welche nach dem Umlageverfahren finanziert werden und deshalb grundsätzlich keine langfristigen Leistungen gewähren dürfen. Andernfalls bestünde im Falle einer Auflösung keine Gewähr, dass die fälligen Renten weiterhin bezahlt werden könnten, da mangels Vorfinanzierung keine entsprechenden Mittel verfügbar wären. Zu beachten ist, dass die SUVA nicht befugt ist, solche Zusammenarbeitsverträge mit den Krankenkassen abzuschliessen. Die Krankenkassen haben ihre Verträge daher entweder mit einer privaten Versicherungseinrichtung oder mit einer öffentlichen Unfallversicherungskasse zu vereinbaren (vgl. Art. 68 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat diesfalls je ein Versicherungsverhältnis mit ihrer Krankenkasse für kurzfristige Leistungen einerseits und mit einem anderen Versicherer für langfristige Leistungen andererseits. Dabei soll eine enge gegenseitige Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und dem Versicherer angestrebt werden, die vor allem darauf ausgerichtet ist zu verhindern, dass den Versicherten aus der Aufteilung bzw. Aufspaltung des Versicherungsverhältnisses auf zwei Versicherungsträger Nachteile erwachsen (vgl. BBl 1976 III S. 141 ff.; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 56 f.). 6.2. Die Concordia ist in ihrem Einspracheentscheid vom 20. September 2011 auf das entsprechende Begehren der Versicherten nicht eingetreten. Dies ist nicht zu beanstanden. Dem massgebenden Zusammenarbeitsvertrag zwischen Concordia und C. AG vom 21. Februar bzw. 5. April 2002 ist zu entnehmen, dass die C. AG für die langfristigen Leistungen, insbesondere für die strittige Integritätsentschädigung, gegenüber den Versicherten direkt haftet. Die C. AG richtet diese Leistungen deshalb direkt an die Anspruchsberechtigten aus und erlässt die dafür notwendigen Verfügungen. Allfällige Rechtsstreitigkeiten mit den Versicherten werden von der C. AG deshalb auch in eigenem Namen und auf eigene Rechnung geführt (vgl. Art. 1, 3 und Art. 5 lit. d des Zusammenarbeitsvertrags). Diese Vereinbarung entspricht der erwähnten Aufteilung des Versicherungsverhältnisses und erweist sich als rechtmässig (vgl. oben, Erwägung 6.1). Der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin für ihren Anspruch auf eine allfällige Integritätsentschädigung vorliegend direkt an die C. AG zu wenden hat, ergibt sich nicht nur aus Art. 70 Abs. 2 UVG, sondern ebenso aus Art. 43 ATSG. Dieser Bestimmung zufolge hat der (jeweilige) Versicherungsträger die Begehren der Versicherten zu prüfen und die entsprechenden Abklärungen von Amtes wegen selbst vorzunehmen. Die Prüfung und Ausrichtung langfristiger Leistungen direkt durch den Krankenversicherer würde mithin den gesetzlich statuierten Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch den jeweils zuständigen Versicherer unterlaufen. Bei einem aufgeteilten Versicherungsverhältnis handelt es sich versicherungsrechtlich zudem weder um eine Rücknoch um eine Mitversicherung (vgl. Maurer, a.a.O., S. 133 f. sowie S. 57 Fn. 50). Dem im Unfallversicherungsbereich tätigen Krankenversicherer ist es somit verwehrt, an Stelle der für langfristige Leistungen zuständigen Versicherungseinrichtung zu befinden. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, durch ein aufgeteiltes Versicherungsverhältnis einen

Nachteil zu erleiden, ist ihr entgegen zu halten, dass die Vereinbarung zwischen Concordia und C. AG dieser Gefahr genügend Rechnung trägt. So liegt die Schadenabwicklung in erster Linie bei der Concordia. Die Versicherte muss sich im Schadenfall nicht an eine zweite Einrichtung, sondern einzig an die Concordia richten, da die Beschwerdegegnerin ihrerseits einer entsprechenden Weiterleitungspflicht an die C. AG unterliegt, sobald erkennbar wird, dass jene leistungspflichtig werden könnte (vgl. Art. 5 des Zusammenarbeitsvertrags). Dieser Verpflichtung aber ist die Concordia mit Schreiben vom 8. Februar 2011 bereits nachgekommen (vgl. Beilage A 35 der Beschwerdegegnerin). Hinsichtlich der Geltendmachung von langfristigen Leistungen nach UVG endet der Anspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse somit damit, dass die Concordia den Schadenfall an die C. AG zu melden hat. Ein allenfalls verbleibender Nachteil praktischer Natur entspricht dem vom Gesetz vorgesehenen Dualismus und findet sein Korrelat darin, dass es dem Versicherungsnehmer letztlich freigestellt ist, eine aufgeteilte Versicherung gemäss Art. 70 Abs. 2 UVG zu wählen, wovon infolge allenfalls günstigerer Prämien letztlich auch die versicherten Personen wiederum profitieren dürften. In diesem Zusammenhang ist denn auch zu ergänzen, dass Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer bei einer Krankenkasse gegen Unfall versichert sind, einzig mit der Krankenkasse abzurechnen haben (vgl. Art. 116 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982). Diese Vorschrift dient ebenso der Vermeidung von Nachteilen gegenüber den Versicherten. Damit aber muss es sein Bewenden damit haben, dass allfällige Nachteile, wie sie die Beschwerdegegnerin im Übrigen nicht näher substantiiert hat, in Kauf zu nehmen sind. Diese in der Praxis durch einen noch so engen Zusammenarbeitsvertrag vollständig zu eliminieren, ist systemisch weder möglich noch von Gesetzes wegen vorgesehen. Die Versicherte hat sich somit im Hinblick auf die Geltendmachung eines allfälligen Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung an die C. AG zu halten. Dies führt auch in diesem Punkt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 7

Es verbleibt, über die Kosten zu befinden. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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