

BL_GERICHTE 725 18 19 / 157 vom 4. April 2017

BL Gerichte, 2017-04-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_18_19___157

FR: BL_GERICHTE 725 18 19 / 157 du 4 avril 2017

IT: BL_GERICHTE 725 18 19 / 157 del 4 aprile 2017

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 16. Januar 2018 ist einzutreten.

E. 2

Vorliegend ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Übernahme von Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für die Beschwerden des Versicherten wegen des Ereignisses vom 11. Januar 2017 abgelehnt hat.

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufs-unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

E. 2.2

Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Der äussere Faktor ist das zentrale Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur - den Krankheitsbegriff konstituierenden - inneren Ursache (BGE 134 V 72 E. 4.1.1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat (BGE 130 V 117 E. 2.1). Bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken, unterliegt der Nachweis eines Unfalls indessen insofern strengen Anforderungen, als die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt werden muss; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine

erhöhte Wahrscheinlichkeit für rein krankheitsbedingte Ursachen besteht (BGE 99 V 136 E. 1). Der äussere Faktor ist zentrales Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur inneren Ursache, die den Krankheitsbegriff konstituiert (BGE 134 V 72 E. 4.1 und 4.3.2.1). 3.1 Der Beschwerdeführer hat sich gemäss Bagatellunfall-Meldung am 11. Januar 2017 bei einem Einsatz am rechten Knie verletzt. Er sei mit dem D.____ fahrzeug zu einem vermeintlichen E.____ gefahren. Als er am Ort angekommen sei, habe er sofort zum Fahrzeug aussteigen und nach einem Kaltstart einer Person hinterhersprinten müssen. Er könne nicht sagen, was zur Verletzung geführt habe. Er gehe davon aus, dass die grosse Belastung beim Sprint die Verletzung herbeigeführt habe. Die grössten Schmerzen habe er in der gleichen Nacht gehabt, als er im Bett mit Schmerzen erwacht sei. 3.2 Beim vorliegenden Geschehensablauf ist unbestritten, dass der Unfallbegriff gemäss Art. 4 ATSG nicht erfüllt ist, da es offensichtlich an einem ungewöhnlichen äusseren Faktor bzw. einer unkoordinierten Bewegung im Sinne von Lehre und Rechtsprechung mangelt. 4.1 Seit dem 1. Januar 2017 ist das revidierte UVG in Kraft. Gemäss dem überarbeiteten Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Bei den aufgelisteten Körperschädigungen wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Diese neue Regelung stellt auf Gesetzesstufe eine Vermutung auf, wonach der Unfallversicherer den Schadenfall bei erfüllter Listendiagnose übernehmen muss, sofern er keinen Befreiungsbeweis vorlegen kann (Markus Hüsler , Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS] 2017, S. 26, 33). Die Widerlegung gelingt ihm, indem er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva], BBl 2014 7922). Zur Definition des Begriffs "vorwiegend" ist auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (vgl. auch Kilian Ritler , Die unfallähnliche Körperschädigung [UKS], in: Kieser/Landolt, Unfall? Novembertagung 2015 zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 115 ff.). Nach dieser Bestimmung ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50% ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweisen). Diesen Nachweis muss der Unfallversicherer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbringen (Hüsler , a.a.O., S 34). 4.2 Im vorliegenden Fall wird im MRI vom 20. Januar 2017 ein horizontaler Riss des Hinterhorns des medialen Meniskus festgestellt. Demgemäss ist von einer Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG auszugehen. Es ist somit am Unfallversicherer, den Nachweis zu erbringen, dass der Meniskusriss überwiegend wahrscheinlich zu mehr als 50% auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

E. 5

Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind

(BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 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 das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

E. 6

Der Angelegenheit liegen im Wesentlichen folgende relevante Unterlagen zu Grunde:

E. 6.1

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie, hat im Einspracheverfahren mit Schreiben vom 11. Juli 2017 eine Stellungnahme zum natürlichen Kausalzusammenhang abgegeben. Er kommt sehr kurz begründet zum Schluss, dass traumatische Einflüsse beim Auftreten der rechtsseitigen Knieschmerzen keine durch objektive Befunde zu begründende Rolle spielen. Entsprechend sei die Problematik vorwiegend auf eine Abnutzung oder eine Erkrankung zurückzuführen. Er verweist auf das MRI, welches Befunde zeigen würde, die typischerweise als chronisch zu bewerten seien, namentlich am medialen Meniskus in Form einer horizontalen Läsion. Dass es sich dabei nicht um eine frische Läsion handeln könne, werde durch den Umstand belegt, dass bereits ein Ganglion zu sehen sei, welches von der Meniskusbasis ausgehen würde. Die Entwicklung eines solchen Ganglions brauche Wochen bis Monate. Auch sonst seien keine Hinweise auf ein Trauma in jüngster Zeit zu finden, wie es ja im Übrigen auch nicht angegeben werde.

E. 6.2

Auf Veranlassung des Beschwerdeführers erstattet Dr. med. G.____, FMH Chirurgie, am 11. Januar 2018 eine versicherungsmedizinische Expertise. Er kommt zum Schluss, dass für einen degenerativen Meniskusriss die degenerativen Veränderungen im Meniskus

posteromedial (gemäss MRI) und die Varusfehlstellung im betroffenen Kniegelenk sprechen würden. Für einen traumatischen Riss spreche hingegen die verminderte Belastbarkeit vom Meniskus durch die vorbestehenden degenerativen Veränderungen, der Kaltstart mit deutlicher Belastung vom Meniskus beim Streckvorgang aus sitzender Position in die rennende Position, ödematöse Veränderungen im Bereich vom Meniskusriss, Gelenkkapsel posteromedial und medialem Kollateralband. Für einen traumatischen Riss spreche auch, dass keine weiteren degenerativen Veränderungen im medialen Kniegelenk bestehen würden, dass Schmerzen wenige Stunden nach dem Ereignis wahrgenommen worden seien, und die klinischen Untersuchungsbefunde: Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt, positive Meniskuszeichen medial, geringe Einschränkung der Flexion, dass keine Kniebeschwerden vor dem Ereignis bestanden hätten, und die volle Belastbarkeit im Beruf und bei vielfältigen ausgeprägt kniebelastenden Sportarten. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Befunde und individuellen Gegebenheiten lasse sich somit eine vorwiegende Ursache durch Abnutzung oder Erkrankung hier nicht belegen. Die Befunde würden vorwiegend für einen ereignisbedingten Riss aufgrund übermässiger plötzlicher Belastung sprechen. Der beratende Arzt würde sich bei seiner Stellungnahme lediglich auf die strukturellen Befunde der MRI-Untersuchung konzentrieren. Dies reiche aber nach Einschätzung von Dr. G.____ nicht aus, um den Sachverhalt differenziert und individuell in Bezug auf eine Begründung einer krankheitsbedingten Riss-Ursache des Meniskus im Zusammenhang mit unfallähnlicher Körperschädigung zu beurteilen

E. 6.3

Am 13. März 2018 nimmt Dr. F.____ zum Privatgutachten von Dr. G.____ Stellung. Dr. G.____ versuche anhand wenig tauglicher Argumente, die traumatische Entstehung des Meniskusrisses zu belegen. Natürlich sei ein degenerativ veränderter Meniskus vermindert belastbar, doch dies gelte für die Mehrheit der Personen in der Alterskategorie des Beschwerdeführers. Daraus könne nicht einfach geschlossen werden, dass der Meniskus bei der erstbesten Gelegenheit zusätzlich einreisse. Weil die Menisken kaum durchblutet seien und somit auch nicht aufgewärmt werden könnten, habe ein Kaltstart für das Funktionieren keinen wesentlichen negativen Einfluss. Die ödematösen Veränderungen würden sich am besten durch eine rupturierte kleine Baker-Zyste erklären lassen. Daraus könne keine traumatische Verletzung des Meniskus, der Gelenkkapsel und dem medialen Kollateralband abgeleitet werden, weil nicht die Strukturen selbst ödematös verändert seien, sondern die Umgebung. Das Fehlen von anderweitigen intraartikulären Degenerationen könne somit nicht als Beweis dafür dienen, dass eine Meniskusläsion traumatischer Natur sein müsste. Das Auftreten von Schmerzen nach einer akuten Meniskusläsion geschehe typischerweise innert Minuten und nicht erst nach Ablauf von mehreren Stunden, sodass die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik nicht zu einer akuten Strukturläsion passe. Die vorbestehende Beschwerdefreiheit am rechten Knie, die sich erst durch das Ereignis verändert habe, basiere auf der Argumentation des "post hoc ergo propter hoc" und sei medizinisch nicht stichhaltig. Dr. G.____ lasse wichtige Fakten weg, welche für eine degenerative Entstehung der vorliegenden Meniskusläsion typisch seien. Andererseits bringe er vermeintlich traumatische Faktoren ins Spiel, die sich durch eine vertiefte Analyse der MRI-Bilder und der Beschwerdeentwicklung widerlegen lassen würden. Insgesamt würden somit fast nur noch Faktoren bleiben, die für eine chronische Meniskusschädigung sprechen, die somit vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei.

E. 7

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin vollumfänglich auf die Stellungnahmen von Dr. F.____ abgestellt. Mit der versicherungsmedizinischen Expertise von Dr. G.____ vom 11. Januar 2018 liegt jedoch eine Dr. F.____ widersprechende ärztliche Auffassung vor. Aufgrund dieser widersprüchlichen Auffassungen ist das Gericht nicht in der Lage, die Frage der Kausalität zu beurteilen. Jedenfalls ist die versicherungsmedizinische Expertise von Dr. G.____ geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Aktenbeurteilung von Dr. F.____ hervorzurufen. Damit ist eine versicherungsexterne Begutachtung notwendig und zu diesem Zweck ist die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen. Schliesslich ist dem Beschwerdeführer beizupflichten, wenn er geltend macht, dass die Visana die medizinische Sachlage nicht genügend abgeklärt habe, schon gar nicht vor Erlass der ablehnenden Verfügung. Immerhin hat sie im Einspracheverfahren weitere Abklärungen veranlasst, die aber ebenfalls nicht genügen. Dies umso mehr als der Beschwerdeführer bereits im Einspracheverfahren eine Stellungnahme eines versicherungsexternen Arztes verlangt hat. 8.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 4. Mai 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 9 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 84.60. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'515.10 (0,91 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 5.- zuzüglich 8% Mehrwertsteuer sowie 8,09 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 79.60 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 8.3 Nach der Rechtsprechung können der obsiegenden Beschwerde führenden Partei unter dem Titel der Parteientschädigung auch die Kosten eines privat eingeholten Gutachtens vergütet werden, soweit die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 63 E. 5c; Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 45 Rz. 18). Der Beschwerdeführer hat denn auch in seiner Beschwerde beantragt, es seien ihm die Kosten für die Erstellung der versicherungsmedizinischen Expertise von Dr. G.____ vom 11. Januar 2018 zu erstatten. Vorliegend ist dieser Expertise im Hinblick auf den Prozessausgang massgebende Bedeutung zugekommen, da sie geeignet ist, Zweifel an der Einschätzung von Dr. F.____ hervorzurufen. Somit sind die Voraussetzungen für eine Vergütung der Kosten dieser Expertise gegeben. Demzufolge ist festzuhalten, dass die Kosten der versicherungsmedizinischen Expertise vom 11. Januar 2018 von Dr. G.____ von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sind. 9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über

das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

9.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007). Demgemäss wird erkannt:: //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Visana hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'515.10 (inkl. Auslagen und 8% bzw. 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin wird im Grundsatz verpflichtet, die Kosten der versicherungsmedizinischen Expertise vom 11. Januar 2018 von Dr. G.____ zu übernehmen.

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