

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/91 vom 23. Januar 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-01-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2007_91

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/91 du 23 janvier 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/91 del 23 gennaio 2009

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung des überwiegend wahrscheinlichen Bestehens bzw. der überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität nachfolgend an eine Hüft- sowie Rückenkontusion gestellter Diagnosen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Januar 2009, UV 2007/91).

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Einspracheentscheid vom 13. Juli 2007 hat die Beschwerdegegnerin die Bestimmungen über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30).

1.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht 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 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 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 21. Juli 2003 [U 327/02] i/S K., E. 2.1, und vom 25. Januar 2002 [U 277/00] i/S F., E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im

Administrativverfahren einholt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. F.____ am 2. Juni 2008 (Suva-act. 29) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

E. 2

Vorliegend ist streitig, ob die von der Beschwerdeführerin angeblich seit dem Unfall anhaltenden Schmerzen im Gesäss- bzw. Hüftbereich ausstrahlend bis in die Oberschenkelhinterseite (Suva-act. 13) sowie die seit Dezember 2006 erneut geklagten lumbalen Rückenschmerzen (Suva-act. 11) auf das Unfallereignis vom 3. Mai 2006 zurückgeführt werden können. Die Beschwerdeführerin ist anlässlich des Unfallereignisses vom 3. Mai 2006 offensichtlich auf die rechte Hüfte gestürzt. Nachdem sie drei Tage nach dem Unfall über Schmerzen im Bereich der LWS auf Höhe L5 klagte, ist es möglich, dass beim fraglichen Unfall zudem eine Traumatisierung der LWS stattgefunden hat (vgl. Suva-act. 5).

E. 3

3.1 Nachfolgend an das Unfallereignis wurden zu den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Bereich der Hüfte und der LWS von verschiedenen Ärzten diverse Diagnosen gestellt: der Verdacht auf ein posttraumatisches Iliosakralgelenksyndrom (Suva-act. 9), eine Lumbalgie, zeitweise Lumboischialgie (Suva-act. 11, 23), ein Piriformissyndrom (Suva-act. 13, 22) sowie eine neuropathische Schmerzstörung (Suva-act. 12). Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, ist jedoch deren Kausalität zum Unfallereignis nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, S. 451 f., Rz 43) nachgewiesen. Die massgebenden Grundlagen für diese Schlussfolgerung sind der ärztlichen Beurteilung von Dr. F.____ vom 2. Juni 2008 (Suva-act. 29) zu entnehmen. Der Suva-Arzt verweist darin ausführlich auf die medizinische Literatur, berücksichtigt die Anamnese der Beschwerdeführerin und setzt sich sorgfältig mit den konkreten medizinischen Fakten auseinander. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Die Einschätzung von Dr. F.____ erweist sich damit als taugliches Beweismittel, welches in die gerichtliche Beweiswürdigung einzubeziehen ist.

E. 3.2

3.2.1 Dr. C.____ stellte im Arztzeugnis vom 22. Februar 2007 die Verdachtsdiagnose eines posttraumatischen Iliosakralgelenksyndroms (nachfolgend: SIG-Syndrom; Suva-act. 9). Dr. D.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin am 15. Januar bzw. 21. Juni 2007 ein Piriformissyndrom (Suva-act. 13, 22). - Dr. F.____ legt in seiner Beurteilung zunächst ausführlich dar, dass in der medizinischen Literatur bereits die Anerkennung bzw. Existenz dieser beiden Diagnosen an sich umstritten sei. Insbesondere bestehe kein Konsens hinsichtlich der Aussagekraft der konkreten diagnostischen Kriterien. Das SIG-Syndrom sei eine klinische Entität, die von Chiropraktoren, Osteopathen und Manualmedizinerinnen sehr gepriesen werde. Ärzte anderer Fachdisziplinen würden diese Diagnose nicht einhellig anerkennen. Sie würden zwar zugeben, dass das SIG-Syndrom im Rahmen spezifischer rheumatischer Erkrankungen oder bakteriellen Infektionen schmerzhaft sein könne, liessen

hingegen verschiedene Argumente gelten, um das SIG-Syndrom in Zweifel zu ziehen. Zur klinischen Diagnosestellung eines SIG-Syndroms seien verschiedene Tests entwickelt worden, deren diagnostische Aussagekraft ausgesprochen divergierend beurteilt werde. Auch das Piriformissyndrom bleibe trotz Beschreibung vieler Einzelfälle eine kontroverse diagnostische Entität. 3.2.2

Ausgehend von der grundsätzlichen Existenz der beiden fraglichen Syndrome stellt sich Dr. F. ___ sodann auf den Standpunkt, dass ein SIG- sowie Piriformissyndrom im Fall der Beschwerdeführerin ohnehin nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen sei. - Bei der klinischen Diagnosestellung werden laut Dr. F. ___ beispielsweise die asymmetrische Bewegung des Gelenks, die asymmetrische Lage von Landmarken, Schmerzangaben bei der lateralen Kompression oder bei Rotation des Beckens, Pseudoasymmetrien der Beinlängen im Sitzen, etc. erfasst. Bestimmte Autoren seien der Auffassung, dass eine gute Konkordanz zwischen den Untersuchern vorliege, wenn die Diagnose einer SIG-Blockierung gestellt worden sei. Bei der Beschwerdeführerin sei das SIG-Syndrom lediglich gestützt auf den Nachweis einer Druckempfindlichkeit diagnostiziert worden. Dieser sei jedoch nicht ausreichend, um die Hypothese zu untermauern, weshalb die Diagnose eines SIG-Syndroms als mögliche Ursache der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden ausscheide. Als typisches Merkmal des Piriformissyndroms entnimmt Dr. F. ___ der medizinischen Literatur die partielle Ischialgie. Der Patient beklage einen Schmerz in der Tiefe des Gesässes. Die Schmerzen würden vor allem bei längerem Sitzen und längerer Gehstrecke auftreten. Die typischen Symptome seien dabei ständige Schmerzen in einer (bzw. beiden) Gesässbacken. Keine der vorwiegend weiblichen Patienten hätten länger als 30 Minuten an einem Stück sitzen können. Das Hauptsymptom eines Piriformissyndroms - der ausgesprochene Sitzschmerz - sei im Fall der Beschwerdeführerin in keinem der zur Verfügung stehenden ärztlichen Dokumente erwähnt. Laut Ausführungen von Dr. F. ___ sind ausserdem viele Piriformissyndrom-Patienten in bestimmten sportlichen Aktivitäten hyperaktiv, wie Marathonlauf oder Velo fahren, und die atypische Ischialgie habe sich ohne auslösendes Trauma sukzessive verschlimmert. Der Beurteilung von Dr. F. ___ ist anzufügen, dass die Wahrscheinlichkeit eines bei der Beschwerdeführerin anlässlich des Unfallereignisses vom 3. Mai 2006 eingetretenen ISG-Syndroms bereits dadurch relativiert wird, dass die fragliche Diagnose von Dr. C. ___ lediglich als Verdachtsdiagnose gestellt und das Beschwerdebild auch von ihm nicht als völlig typisch bezeichnet wurde. Dr. C. ___ veranlasste deshalb eine nervenfachärztliche Abklärung durch Dr. D. ___ (Suva-act. 9). Dieser diagnostizierte sodann anstatt eines ISG-Syndroms ein Piriformissyndrom (Suva-act. 13, 22). Diese Diagnose wiederum erscheint insofern wenig nachvollziehbar, als im Rahmen der konkret durchgeführten neurologischen Untersuchungen normale Befunde - insbesondere auch ein normales EMG (vgl. dazu Suva-act. 29, S. 5) - erhoben werden konnten. Auffallend war offenbar nur eine Druckdolenz über dem Musculus piriformis rechts. Abgesehen davon, dass Dr. D. ___ nicht näher beschreibt, worauf er seine Diagnose stützt, enthalten seine Berichte keine weiteren, der von Dr. F. ___ in seiner Beurteilung aufgeführten typischen klinischen Untersuchungsbefunde. Insbesondere wird der bei der fraglichen Diagnose vor allem imponierende Sitzschmerz nicht erwähnt. Das überwiegend wahrscheinliche Bestehen eines Piriformissyndroms wird letztlich auch dadurch relativiert, dass Dr. D. ___ - nachdem er ein solches am 15. Januar 2007 diagnostiziert hatte - in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 22. Februar 2007 nur noch eine von ihm lokalisierte neuropathische Schmerzstörung feststellte (Suva-act. 12; vgl. dazu auch Erwägung Ziff. 3.4). Allgemein ist schliesslich in Bezug auf klinische Untersuchungsergebnisse festzuhalten, dass es sich bei

einer klinischen Untersuchung gerade bei der Prüfung von Dolenzen - im Vergleich zu einer röntgenologischen Untersuchung oder MRI-Untersuchung - nicht um eine uneingeschränkt exakte bzw. objektive Untersuchungsmethode handelt. Die Beeinflussbarkeit eines klinischen Untersuchungsergebnisses durch den Patienten kann nicht vollständig ausgeschlossen werden. Dr.C.____ und Dr. D.____ stützen nun aber ihre Diagnosen einzig auf eine erhobene Druckdolenz ab, ohne diese in irgendeiner Weise weitergehend zu untermauern. 3.2.3 Den Darlegungen von Dr. F.____ ist schliesslich zu entnehmen, dass hinsichtlich der Diagnosen SIG-Syndrom und Piriformissyndrom - würde im Fall der Beschwerdeführerin vom tatsächlichen Bestehen ausgegangen - mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden müsste, dass zumindest die Kausalität zum Unfallereignis nicht gegeben wäre. – Laut seinen Ausführungen entwickeln sich das SIG- sowie das Piriformissyndrom vorderhand ohne Unfallanamnese bzw. sind degenerativ oder krankheitsbedingt. Während jedoch ein Piriformissyndrom grundsätzlich Folge eines Unfalls sein kann, ist laut Dr. F.____ die Frage, ob ein SIG-Syndrom überhaupt durch ein Trauma verursacht werden kann, nicht einmal beantwortet. Sogar G. Grieve, ein strenger Befürworter des SIG-Syndroms, sei der Auffassung, dass es sich vor allem bei schwangeren Frauen entwickle. Dass es durch ein direktes oder indirektes Trauma ausgelöst werden könne, sei schwer vorstellbar. Damit ist zu prüfen, inwiefern in Bezug auf den vorliegenden Fall massgebende Hinweise auf eine überwiegend wahrscheinliche traumatische Verursachung vorliegen. Der Umstand allein, dass die Diagnose ISG-Syndrom von Dr. C.____ als posttraumatisch bezeichnet wird und Dr. D.____ in Bezug auf das Piriformissyndrom von einem Zustand nach Sportverletzung spricht, vermag jedenfalls keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität zu begründen. Die beiden Formulierungen besagen lediglich, dass die Diagnosen erst nach dem Unfall vom 3. Mai 2005 gestellt wurden. Sie können damit keinesfalls einer Beurteilung bzw. Bejahung der Unfallkausalität gleichgesetzt werden. Betreffend Piriformissyndrom legt Dr. F.____ sodann unter Verweis auf die medizinische Literatur dar, dass bei mehreren Patienten unmittelbar nach dem Unfall eine Schwellung am Ort der Prellung aufgefallen sei, einige hätten Blutergüsse festgestellt. Bei einigen seien ischiasartige Schmerzen unmittelbar nach der Gesässprellung aufgetreten, bei weiteren hätten sich die Schmerzen in einem Zeitrahmen von durchschnittlich sechs Wochen gebildet, weitere seien von der Ischialgie verschont geblieben. Die Unfallanamnese mit Sturz auf die Hüfte bzw. das Gesäss und der als pseudoradikulär imponierende Schmerz, den Dr. C.____ (recte: Dr. B.____ [Suva-act. 11]) beschrieben und wahrscheinlich auch Dr. D.____ registriert habe, würden zwar für eine posttraumatische Form des Piriformissyndroms sprechen. Dennoch sei die Diagnose eines solchen im vorliegenden Fall nicht zutreffend. Ein Bluterguss sei als Folge des Sturzes vom 3. Mai 2006 nicht beschrieben worden. Ferner sei der Schmerz rasch von der Hüfte in Richtung der LWS gewandert. Zusammenfassend ist demzufolge festzuhalten, dass keine massgebenden Hinweise auf eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität des ISG- oder des Piriformissyndroms vorliegen, weshalb es eine solche zu verneinen gilt. 3.3 Auch in Bezug auf die von Dr. B.____ im Bericht vom 10. Dezember 2006 diagnostizierte Lumbalgie, zeitweise Lumboischialgie rechts pseudoradikulär (Suva-act. 11), muss eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität verneint werden. - Mit der Diagnose "Lumbalgie" wird von den Ärzten im Regelfall das Beschwerdebild fassbar gemacht. Belegt wird demzufolge lediglich, dass der Patient Schmerzen in der unteren Lumbalregion aufweist. Die Rückenschmerzen können ganz unterschiedliche, grundsätzlich auch

traumatische Ursachen, wie Wirbel- und Beckenfrakturen, haben. Gerade eine Lumbalgie ist jedoch eine typische Diagnose bei im Regelfall bestehenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Für die Annahme einer spezifisch traumatischen Schmerzursache wird demzufolge zusätzlich eine für die Lumbalgie unfallspezifische organisch begründbare Ursache verlangt. Eine solche ist in einer strukturellen Läsion bzw. einer schlecht verheilten strukturellen Läsion als objektivierbares Korrelat zu sehen. Echtzeitlich diagnostizierten die erstbehandelnden Ärzte des LKH bei der Beschwerdeführerin eine Hüftkontusion rechts. Die am Unfalltag durchgeführte röntgenologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte ergab jedoch keine sicheren Hinweise auf solche, durch den Unfall bzw. die Hüftkontusion verursachte Läsionen. Die LWS wurde am 6. Mai 2006 röntgenologisch untersucht. Der dabei erhobene Verdacht auf eine Querfortsatzfraktur L5 konnte durch eine am 16. Mai 2006 wiederholte Röntgenuntersuchung nicht gesichert werden. Der Befund war altersentsprechend. Ein weiteres Röntgenbild des Beckens war ebenfalls unauffällig (Suva-act. 5, 9). Letztlich zeigte auch die am 13. Dezember 2006 durchgeführte MRT-Untersuchung der LWS lediglich degenerative Veränderungen - eine Chondrose L5/S1 und beginnend L4/5 - ohne Hinweis auf traumatisch bedingte Läsionen (Suva-act. 14). Im Rahmen wiederholter medizinischer bildgebender Abklärungen liessen sich also keine unfallkausalen strukturellen bzw. organischen Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule oder des Beckens nachweisen. Dies bestätigt auch der Bericht von Dr. B.____. Die von ihm erhobenen klinischen Befunde sind schliesslich mehrheitlich regelrecht. Nicht aussagekräftig in Bezug auf eine mögliche traumatische Ursache ist die von ihm erhobene, unspezifische pseudoradikuläre Ausstrahlung ohne Zuordnung einer Wurzel sowie der positive Pseudo-laségue endlagig rechts. Übrig bleibt einzig der klinische Befund eines LWS-Durchfederungsschmerzes über den gesamten LWS-Segmenten (vgl. dazu Erwägung Ziff. 3.2.2 betreffend klinische Untersuchungsergebnisse; vgl. auch Suva-act. 21). Durch die echtzeitlichen Diagnosen einer Hüft- sowie LWS-Kontusion lassen sich schliesslich ebenfalls keine fortdauernden LWS-Beschwerden erklären. Dr. F.____ weist zutreffenderweise auf die medizinische Erfahrungstatsache hin, dass harmlose Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen, beispielsweise Prellungen, normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Dr. B.____ weist auf den Sturz der Beschwerdeführerin vom 3. Mai 2006 auf die Hüfte hin. Drei Tage nach dem Unfall traten LWS-Beschwerden auf (vgl. Suva-act. 5), die sich jedoch nach kurzer Zeit insgesamt deutlich besserten. Ab dem 20. Mai 2006 ist in den Akten während etwas mehr als einem halben Jahr keine Arbeitsunfähigkeit mehr vermerkt (vgl. Suva-act. 1, 9). Laut anamnestischen Ausführungen von Dr. B.____ verstärkte sich die Lumboischialgie rechtsseitig im Dezember 2007 wieder. Gerade auch diese zeitliche Komponente entspricht der vorgenannten medizinischen Erfahrungstatsache und verringert die Wahrscheinlichkeit einer natürlichen Kausalität zwischen den jetzigen Rückenbeschwerden und dem Unfallereignis vom 3. Mai 2006. Im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung ist es im Weiteren allgemein von Bedeutung, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten kann, wenn sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f.). Anhaltende bzw. neu aufgetretene Beschwerden können - wie auch im konkreten Fall anzunehmen ist - mit unfallfremden Beschwerden, beispielsweise degenerativer Art, erklärt werden. Die Beschwerdeführerin wendet in der Replik ein, die früheren MRT-Aufnahmen hätten sich auf eine negative Betrachtungsregion bezogen und hätten

daher keine positiven Befunde ergeben können. Entsprechende neue Akten wurden jedoch von ihr bis heute nicht eingereicht. Nachdem das Becken und die LWS der Beschwerdeführerin wiederholt bildgebend untersucht worden sind - am 6. und 16. Mai 2006 fanden röntgenologische und am 13. Dezember 2006 eine MRT-Untersuchung statt - und die einzelnen Untersuchungsergebnisse übereinstimmen, ist nicht ersichtlich, inwiefern das Ergebnis der MRT-Untersuchung vom 13. Dezember 2006 (Suva-act. 14) nicht verwendet werden könnte. 3.4 Mit der von Dr. D.____ im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. Februar 2007 gestellten Diagnose einer neuropathischen Schmerzstörung bei Sturz auf Kreuzbein 2006 liegt schliesslich ebenfalls kein Beweis für eine unfallkausale LWS- oder Hüft-, Becken-, Gesässbeschwerden verursachende Gesundheitsschädigung vor. - Wie die Lumbalgie stellt auch die neuropathische Schmerzstörung eine das Beschwerdebild definierende Diagnose dar, die zusätzlich einer spezifischen organisch begründbaren Ursache in Form einer strukturellen Läsion bedürfte, damit die Kausalität zum Unfallereignis bejaht werden könnte. Dr. F.____ weist zutreffend darauf hin, dass Dr. D.____ keine Angabe darüber machte, welche Nervenläsion die neuropathische Schmerzstörung ausgelöst hat und wie es zur Entwicklung dieser Neuropathie gekommen ist.

E. 4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Rücken- und Hüft- bzw. Becken- und Gesässbeschwerden mit dem Unfallereignis vom 3. Mai 2006 im Zusammenhang stehen. Insbesondere ist nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, dass die nachfolgend an den Unfall gestellten Diagnosen eines ISG- und Piriformissyndroms, einer Lumbalgie und einer neuropathischen Schmerzstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehen bzw. Unfallfolgen darstellen. Eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität wird nicht zuletzt auch dadurch gemindert, dass in Bezug auf die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin mehrere, verschieden lokalisierte Diagnosen jeweils nur einmal von einem einzelnen Arzt gestellt wurden.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 13. Juli 2007 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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