

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/48 vom 10. Februar 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-02-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2008\\_48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_48)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/48 du 10 février 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/48 del 10 febbraio 2009

## **Regeste**

Art. 6, 10 Abs. 1 und 19 Abs. 1 UVG. Ein Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung von Unfallfolgen besteht nur solange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Vorliegend ist gegen einen Fallabschluss viereinhalb Monate nach der letzten Operation am Ellbogen nichts einzuwenden. Zudem Verneinung der Unfallkausalität des Rückenleidens, welches erst einen Monat nach dem Unfall geltend gemacht wurde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Februar 2009, UV 2008/48).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Zu prüfen ist einerseits, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen (Heilkosten und Taggelder) in Bezug auf den linken Ellbogen zu Recht per 30. September 2007 eingestellt oder ob sie dem Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus Versicherungsleistungen zu erbringen hat. Soweit der Antrag des Beschwerdeführers auch auf Ausrichtung einer Invalidenrente abzielen sollte, gehörte diese nicht zum Verfahrensgegenstand, da über eine solche weder mit Verfügung vom 15. September 2007 noch mit Einspracheentscheid vom 13. März 2008 befunden wurde. Andererseits ist streitig, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden ebenfalls auf den Unfall vom 22. Dezember 2005 zurückzuführen sind und die Beschwerdegegnerin dafür leistungspflichtig ist.

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 und 399 sowie 117 V 359 und 369). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 und 118 V 289). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). 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 E. 3a). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. 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 Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt. 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 abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich 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 mit Hinweisen). Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung somit als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

### **E. 3**

3.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihre Leistungsprüfung wohl vor dem Hintergrund, dass er die Schweiz verlassen musste, vor Abschluss des Heilungsverlaufs und damit zu früh abgeschlossen. Die notwendigen abschliessenden medizinischen Abklärungen seien nicht getätigt worden und es bestehe

daher weiterhin ein gesetzlicher Anspruch auf Ausrichtung von Taggeldern. Zur Begründung verweist der Beschwerdeführer auf das Arztzeugnis von Dr. H.\_\_\_\_, der ihm ab 24. Oktober 2007 eine Arbeitsunfähigkeit attestierte (Suva-act. G 11.138.3). 3.2 Die versicherte Person hat so lange Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG zu verstehen ist, hat das Bundesgericht näher umschrieben. Danach bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen). 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 (BGE 128 V 171 E. 1b). 3.3 Nach Art. 16 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist. Der Anspruch erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit oder dem Beginn einer Rente (Abs. 2). 3.4 Bereits im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 16. April 2007 wurde dem Beschwerdeführer ab 18. April 2007 unter Hinweis auf seine fehlende Compliance im Rahmen eines klar definierten Zumutbarkeitsprofils eine ganztägige Arbeitsfähigkeit attestiert und ein Fallabschluss vorgeschlagen. Nachdem durch die Fürsprache von Dr. E.\_\_\_\_ nochmals zusätzliche Physiotherapiebehandlungen durchgeführt werden konnten, hielt auch dieser im Bericht vom 19. Juni 2007 fest, dass der Verlauf viereinhalb Monate nach der Osteosynthesematerialentfernung sowie der offenen Arthrolyse am linken Ellbogengelenk klinisch als zufriedenstellend zu betrachten sei. Da aus chirurgischer Sicht keine weiteren Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation ersichtlich seien, schliesse er die Behandlung ab. Auch auf Grund der neurologischen Verlaufskontrolle vom 13. Juli 2007 waren keine weiteren Massnahmen indiziert (Suva-act. G 11.112). Somit ist nicht zu beanstanden, dass Dr. G.\_\_\_\_ den Fall mit der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 16. August 2007 beendet hat, weil nach sämtlichen medizinischen Akten von einer Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war. Zudem stimmten die ärztlichen Einschätzungen auch darin überein, dass die Dauer von mehr als vier Monaten seit der letzten Operation in der Schulthess Klinik für die abschliessenden Behandlungen und als Regenerationsphase genügte. Damit war die Abschlussbeurteilung unter den gegebenen Umständen nicht verfrüht.

#### **E. 4**

4.1 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass seine Rückenbeschwerden vom Sturz herrühren würden und er vorher nie unter solchen gelitten habe. Gegenüber der Suva schilderte er den Unfallhergang am 31. Januar 2006 derart, dass er beim Aufsteigen auf die Lastwagenbrücke ausgerutscht und rückwärts auf den Betonboden gestürzt sei. Dabei habe er sich am Ellbogen verletzt und auch den Kopf und den Rücken angeschlagen (Suva-act. G 11.8). Der Stationsarzt des Spitals Linth hielt im ärztlichen Zeugnis vom 3. Januar 2006 lediglich die Diagnose einer Olecranontrümmerfraktur links fest. Auch der mit gleichem Datum versehene, ausführliche Bericht des Spitals Linth zur Krankengeschichte des Versicherten im Rahmen der Hospitalisation vom 22. bis 31. Dezember 2005 enthält keinen Hinweis auf das Vorliegen von Rückenbeschwerden. Er nennt neben der

Olecranonrümmerfraktur als weitere Diagnosen aber zusätzlich eine Hirnerschütterung sowie einen Verdacht auf iatrogene Läsion des Seitenasts des Ramus profundus nervi radialis links und führt die jeweils indizierten Behandlungen auf. In den Suva-Akten werden die Rückenschmerzen erstmals am 31. Januar 2006 in einer Suva-internen Zusammenfassung zur Deckungsprüfung kommentarlos erwähnt (Suva-act. G 11.10). Im gleichentags verfassten Bericht über das erste Gespräch zwischen dem Versicherten und dem zuständigen Casemanager findet sich lediglich die Bemerkung, er habe sich den Kopf und den Rücken angeschlagen. Von einer Verletzung oder von Schmerzen im Rückenbereich ist indessen nicht die Rede (Suva-act. G 11.8). Gegenüber dem Hausarzt erwähnte der Beschwerdeführer zum ersten Mal am 8. Februar 2006, dass er seit dem Unfall an Rückenschmerzen leide. Die daraufhin veranlassten Untersuchungen am Röntgeninstitut Dr. D. \_\_\_ vom 24. April 2006 ergaben den Befund degenerativer Veränderungen des lumbosakralen Übergangs sowie eine medio-rechts-laterale Diskusprotrusion des Segments L4/5. Fast ein Jahr später, am 29. März 2007, erbrachte ein MRI der LWS den Nachweis eines Anulusrisses im Segment LWK4/5 mit breitbasiger Protrusion. Zudem wurde im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 16. April 2007 festgehalten, dass das Bandscheibengewebe bis an die rechte Nervenwurzel L5 im oberen Anteil des lateralen Recessus heranrage, wobei hier möglicherweise eine Irritation der Nervenwurzel bestehe. Ansonsten seien die Beschwerden in erster Linie durch den Anulusriss zu erklären.

4.2 Im Bereich des Versicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxismässig auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juli 2008 i/S S. [8C\_677/2007] E. 2.3 mit Hinweisen). Gemäss dem vorliegenden Geschehensablauf fiel der Beschwerdeführer rückwärts auf den Boden. Er schlug dabei direkt mit dem Ellbogen auf und zog sich beim Aufprall des Kopfes auf den Boden eine Hirnerschütterung zu. Dass er beim Sturz auch auf den Rücken fiel, ist auf Grund der Schilderungen nachvollziehbar. Dennoch traten die Rückenbeschwerden nicht direkt im Anschluss an den Unfall auf und wurden auch während der Dauer der nachfolgenden Hospitalisation nicht geltend gemacht. Im vollständigen Krankenbericht vom 3. Januar 2006 sind keinerlei Hinweise für derartige Beschwerden oder Symptome einer Diskushernie erwähnt. Die Rückenschmerzen wurden somit erst mehr als einen Monat nach dem Unfall, am 8. Februar 2006, beim Hausarzt beklagt. Hätte der Beschwerdeführer beim Unfall jedoch Rückenverletzungen erlitten, so hätte er davon ausgehende Schmerzen noch während seines Spitalaufenthalts geäussert. Damit ist eine Rückenverletzung auf Grund des Sturzes nicht wahrscheinlich. Die Rückenbeschwerden können deshalb bereits aus den genannten Gründen nicht auf den Unfall vom 22. Dezember 2005 zurückgeführt werden. Dem entspricht auch die Beurteilung von Dr. G. \_\_\_ im Bericht vom 16. August 2007, wonach es im Rahmen des Sturzes höchstens zu einer Kontusion bzw. Distorsion der LWS gekommen und die aktuell geklagten Beschwerden im Rahmen der Degenerationen zu sehen seien.

4.3 Wie aus den Schilderungen des Beschwerdeführers hervorgeht, arbeitete er seit 1988, als er das erste

Mal in die Schweiz kam, in verschiedenen Tätigkeitsbereichen. So habe er Reinigungsdienste, Maler- und Industrierarbeiten ausgeführt und schliesslich nach Zeiten von Arbeitslosigkeit über ein Temporärbüro für die A.\_\_\_\_ im Lager sowie dem Speditionsbereich gearbeitet (Suva-act. G 11.3 und G 11.98). Damit übte er während vieler Jahre körperlich anstrengende Tätigkeiten aus, welche im Laufe der Zeit durchaus als mögliche Ursache für die Verschleisserscheinungen an der Wirbelsäule in Betracht fallen.

4.4 Zur Bejahung eines Leistungsanspruchs der Unfallversicherung ist ein Beweisgrad von überwiegender Wahrscheinlichkeit erforderlich. Auf Grund obiger Ausführungen sowie der Tatsache, dass eine Abheilung einer allfälligen Distorsion bzw. Kontusion der LWS nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge nach einigen Monaten zu erwarten war, kann der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ gefolgt werden, wonach die geklagten Rückenbeschwerden nicht mehr auf den Unfall vom 22. Dezember 2005 zurückzuführen sind. Von einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesenen Unfallkausalität kann jedenfalls nicht ausgegangen werden. 4.5 Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass der in Frage stehende Unfall vom 22. Dezember 2005 nicht geeignet war, im Sinn der natürlichen Kausalität den vorliegenden Anulusriss mit breitbasiger Protrusion zu verursachen. Damit ist der Nachweis einer leistungs begründenden Unfallkausalität nicht erfüllt. Es lässt sich nicht beanstanden, dass die Rückenbeschwerden im Rahmen der Integritätsschadensbemessung unberücksichtigt blieben und die Unfallversicherung die Erbringung von Leistungen wegen des Rückenleidens abgelehnt hat.

## **E. 5**

5.1 Erleidet eine versicherte Person durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Entschädigung (Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Als dauernd gilt ein Integritätsschaden, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehen wird, und als erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität unabhängig von der Erwerbsfähigkeit augenfällig oder stark beeinträchtigt ist (Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]; vgl. RKUV 1998 Nr. U 303 S. 354). 5.2 Die Entschädigung ist nach der Schwere des Integritätsschadens abzustufen (Art. 25 Abs. 1 UVG). Für ihre Bemessung gelten die Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV (Art. 36 Abs. 2 UVV). Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt oder der Ärztin, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 bis 16). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 113 V 218; RKUV 1987 Nr. U 21 S. 328 und Nr. U 31 S. 438). 5.3 Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 5. September 2007 zur Integritätseinbusse Stellung. Darauf hat die Suva in ihrem Entscheid vom 13. März 2008 abgestellt. Der

Beschwerdeführer beanstandet nicht, dass die Berechnung des Integritätsschadens in Bezug auf den Ellbogen nicht korrekt sei. Es ergeben sich auch keine Anhaltspunkte, wonach das Vorgehen der Beschwerdegegnerin bei der Integritätsschadensbemessung unrichtig wäre. Nachdem die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden verneint wurde (vgl. E. 3), muss es deshalb bei der vorgenommenen Beurteilung des Integritätsschadens sein Bewenden haben.

#### **E. 6**

Schliesslich bleibt festzuhalten, dass die medizinischen Akten weder unklar noch in Bezug auf die Diagnosen der körperlichen Schädigungen und den Feststellungen des Heilungsverlaufs widersprüchlich sind. Nach dem Gesagten kann auf die abschliessenden Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. August 2007 und 5. September 2007, die sich auf eigene Untersuchungen und allseitig abgestützte ärztliche Ausführungen stützen, abgestellt werden. Damit ist rechtsgenügend nachgewiesen, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses unfallbedingt wieder eine volle Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestanden hat. Die Verfügung der Suva vom 15. September 2007 erging deshalb zu Recht. An diesem Ergebnis würden auch zusätzliche medizinische Gutachten nichts ändern. Auf ihre Vornahme sowie eine erneute kreisärztliche Untersuchung kann daher verzichtet werden. In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. Januar 2006 i/S C. [U 320/05] E. 3.3 mit Hinweisen).

#### **E. 7**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Rückenbeschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 22. Dezember 2005 kausal beeinflusst worden sind. Im Weiteren ist der Heilverlauf des linken Ellbogens als abgeschlossen zu betrachten. Eine über den 30. September 2007 dauernde Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auf Grund der geklagten Beschwerden ist zu verneinen.

#### **E. 8**

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. März 2008 lässt sich somit nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen 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, soweit darauf einzutreten ist, abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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