

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/96 vom 13. Januar 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-01-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_96

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/96 du 13 janvier 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/96 del 13 gennaio 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden zehn Jahre nach Autounfall (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Januar 2012, UV 2010/96).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfallereignisses vom 6. Februar 2000 ausgerichtet wurden, auf den 30. September 2010 eingestellt werden durften oder nicht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

1.2 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumähnliche Verletzung erlitten, gelangt die

Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

E. 2

2.1 Eine MRI-Untersuchung vom 7. April 2000 ergab keine Auffälligkeiten des Schädels, diskrete degenerative Veränderungen der HWS ohne Nachweis einer Protrusion oder Hernie sowie eine Keilwirbelbildung von BWK7 mit vermehrter Kyphosierung der BWS (UV-act. 17). Dr. D. ___ bestätigte im Bericht vom 12. April 2000 das Vorliegen eines chronifizierten cervicobrachialen Schmerzsyndroms, welches nach einem Skiunfall vor zwei Jahren (nicht Suva-versichert; UV-act. 22) begonnen und seither nicht mehr vollständig gebessert habe und nun anlässlich des Autounfalls vom 6. Februar 2000 akut verschlimmert worden sei. Seit dem Unfall habe der Beschwerdeführer noch nicht arbeiten können (UV-act. 18; vgl. auch UV-act. 69). Nach Differenzen mit dem Arbeitgeber löste der Beschwerdeführer im Mai 2000 den Lehrvertrag auf und setzte die Lehre bei einem anderen Arbeitgeber fort (UV-act. 21, 23, 31f). Im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik I. ___ bestand ab Juni 2000 wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (UV-act. 25, 27, 33). Eine biomechanische Kurzbeurteilung vom 3. August 2000 ergab, dass sich die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden durch diesen sicher erklären lassen würden. Allfällige Vorzustände würden erschwerend ins Gewicht fallen, seien aber keine Voraussetzung für den vorliegenden Verlauf (UV-act. 36). Nach der Rückfallmeldung vom Januar 2005 ergab eine neuerliche MRI-Untersuchung des Schädels wiederum einen regelrechten, altersgemässen Befund (UV-act. 50). Die Ärzte der Rehaklinik I. ___ diagnostizierten im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt im Bericht vom 30. Juni 2005 - bezogen auf das Unfallereignis vom 5. (richtig 6. Februar) Februar 2000 - ein zervicozephales Schmerzsyndrom und eine leichte neuropsychologische Störung. Sodann hielten sie ein thorakales Schmerzsyndrom bei Status nach Skiunfall 1995 (1997 diagnostizierte Kompressionsfraktur von BWK3 und BWK7 und Status nach diversen Rückentraumen im Bereich der BWS am 2. März und 2. April 2004) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig einigermassen kompensiert, fest. Bis 31. Juli 2005 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab 1. August 2005 beginne der Beschwerdeführer eine Ausbildung zum Schneesportlehrer an einer Sportschule. Ab diesem Zeitpunkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit für berufliche Massnahmen im Rahmen des Zumutbaren (UV-act. 80).

2.2 Der (nicht Suva-versicherte) Sturz auf das Gesäss vom 2. Januar 2006 bewirkte nach Beurteilung von Dr. F. ___ eine vorübergehende Verschlechterung des chronischen posttraumatischen zerviko- und thorakovertebralen Schmerzsyndroms (UV-act. 96f, 100). Gemäss Bericht der neurologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich vom 2. Mai 2007 hatte die Untersuchung vom gleichen Tag einen

unauffälligen Neurostatus bei selektiven neuropsychologischen Defiziten gezeigt (Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit und leichte Gedächtnisstörungen; UV-act. 275). Eine Untersuchung des Beschwerdeführers in der Universitätsklinik J.____ hatte gemäss Bericht vom 9. Mai 2007 als einzigen pathologischen Befund eine leichtgradige Keilwirbelbildung BWK7 ergeben, welche vom Klinikarzt als wahrscheinlich posttraumatisch eingestuft wurde. Insgesamt finde sich morphologisch kein sicheres Korrelat für die Beschwerden. Am ehesten handle es sich um muskuläre Schmerzen (UV-act. 112). Die Ärzte der Uniklinik J.____ bestätigten am 18. August 2008 von Seiten der Hüfte eine volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten. Von Seiten der Wirbelsäulenproblematik sei die Arbeitsfähigkeit durch Dr. F.____ zu beurteilen (UV-act. 130). Dr. F.____ berichtete am 4. September 2008 zuhanden des Unfall-Invaliditätskapitalversicherers (Swica), als (ausschliesslich und überwiegend wahrscheinlich) unfallbedingte Diagnosen (Ereignis vom 6. Februar 2000) bestünden das chronifizierte thorakovertbrale und zervikovertebrale Schmerzsyndrom sowie sekundäre depressive Episoden. Der Status quo ante/sine sei nicht erreicht. Bei deutlichen Schmerzzunahmen sollte die Möglichkeit einer physiotherapeutischen Behandlung bestehen. Unfallfremd sei das Impingement der rechten Hüfte. Als Folge der BWK-Frakturen mit chronisch rezidivierender Schmerzsymptomatik sei auch längerfristig eine anhaltende Invalidität von mindestens 20% zu postulieren (UV-act. 138). Eine Abklärung in der Befas Appisberg ergab gemäss Schlussbericht vom 22. September 2008 (UV-act. 127) unter anderem, dass aus rheumatologischer Sicht unter behinderungsadaptierten Verhältnissen nach vier bis sechs Monaten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu erwarten sei. Am 13. Oktober 2008 führte Dr. F.____ ergänzend aus, dass die aktuellen gesundheitlichen Beschwerden insgesamt als Folge des im Februar 2000 erlittenen Unfalls angesehen werden müssten. Der daraus resultierende Integritätsschaden dürfte gemäss Tabelle der Swica (Unfall-Invaliditätskapital) schätzungsweise 30% betragen (UV-act. 139). Am 24. Oktober 2008 berichtete der Arzt zudem, dass der Beschwerdeführer am 11. Oktober 2008 von einer anderen Person einen Stockschlag auf den Kopf erhalten habe, wodurch es zu einer vorübergehenden Verschlechterung der zervikalen und thorakalen Schmerzen gekommen sei (UV-act. 228). Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt im Bericht vom 13. November 2008 fest, gestützt auf die medizinischen Akten bestehe kein unfallbedingter Integritätsschaden. Weitere Abklärungen seien seines Erachtens nicht notwendig (UV-act. 137). Am 21. November 2008 bestätigte Dr. K.____, dass sich der Beschwerdeführer am 6. Februar 2000 keine BWK-Fraktur zugezogen habe. Es habe bereits damals ein Zustand nach BWK- und LWK-Fraktur, ca. 1995, bestanden (UV-act. 142). Am 2. Dezember 2008 teilte die IV-Stelle mit, der Beschwerdeführer habe die beruflichen Massnahmen (Abklärung im Infrastrukturcenter Mels) eigenverantwortlich abgebrochen (UV-act. 164). Am 3. Dezember 2008 gab die IV-Stelle bekannt, sie übernehme die Kosten für die berufliche Abklärung im Rahmen von Vorbereitungskursen an einer Handels- und Bürofachschule (UV-act. 165).

2.3 In der ärztlichen Beurteilung vom 18. Dezember 2008 kam Suva-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Chirurgie, zum Schluss, als Folge des Ereignisses vom 6. Februar 2000 sei ein struktureller Schaden weder nachweisbar noch wahrscheinlich; insbesondere sei damals keine neue BWS-Fraktur erfolgt. Die sekundäre Symptomausweitung bei objektiv unverändertem radiologischem Befund an der BWS (alte Keilform BWK7, vermutlich 1997 entstanden) sei auf körperlicher Ebene gar nicht erklärbar. Statisch sei der Röntgenbefund nicht erheblich. Auch die einfache Prellung vom

27. Februar 2004 (nicht Suva-versichert) habe keinen Einfluss auf den aktuellen Zustand gehabt. Vielmehr müsse von einer psychogenen Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werden, was ein juristisches Adäquanz-Problem darstelle. Eine fundierte organische Diagnose lasse sich nicht stellen. Es bestehe ohne suva-versichertes Substrat weder eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit noch ein dauernder Integritätsschaden. Unter Abstraktion der Psyche seien weitere Behandlungen unnötig (UV-act. 187). Die IV sprach dem Beschwerdeführer in der Folge am 16. Januar 2009 eine weitere berufliche Ausbildung in Form einer sechsmonatigen Halbtageshandelsschule zu (UV-act. 191). Eine Kernspintomographie der HWS vom 6. April 2009 ergab geringgradige Diskopathien C3/4 und C5/6 ohne Nachweis einer Kompression der linken C4-Wurzel und ohne Nachweis einer Diskushernie sowie bekannte, wahrscheinlich posttraumatische Keil deformierungen von BWK7 und angedeutet auch BWK3 (UV-act. 281). Dr. F.____ bestätigte am 9. April 2009 seinen bisherigen Standpunkt, wonach als Folge des Unfalls vom 6. Februar 2000 eine Integritätsentschädigung von 30% geschuldet sei. Eine genaue Aufschlüsselung der erlittenen Verletzungen sei aufgrund der mehrfachen Unfälle sicher nicht ganz einfach. Zu korrigieren sei, dass die Frakturen der BWK3 und BWK7 auf den Unfall von 1995 zurückzuführen seien mit erstmaliger Diagnose 1997. Durch den Unfall vom 6. Februar 2000 sei es zu einer richtungsweisenden Verschlechterung mit chronifiziertem thorakozervikalem und zervikozepalem Schmerzsyndrom gekommen. Die sichere Erklärbarkeit dieser Folgen durch das erwähnte Ereignis ergebe sich auch aus dem biomechanischen Gutachten. Seit dem Unfall 2000 würden immer wieder Schmerzexazerbationen mit massivem muskulärem Hartspann auftreten. Diese Verschlechterung sei klinisch objektiv fassbar, auch wenn im Röntgen keine entsprechenden Verletzungen sichtbar seien. Psychische Faktoren dürften eher sekundär als Folge der chronifizierten Schmerzsymptomatik anzusehen sein (UV-act. 215 Beilage). In seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2009 legte Dr. H.____ unter anderem dar, die Funktionsstörungen im Nacken und die entsprechenden Befunde stünden in sicherem Zusammenhang zum Unfall vom 6. Februar 2000. Die vom Nacken ausgehenden Beschwerden seien erst nach diesem Unfall aufgetreten. Ob der Unfall allein für die Beschwerden verantwortlich sei, lasse sich nicht eindeutig beurteilen. Sicher sei, dass es sich um den "Schlüssel-" bzw. auslösenden Unfall gehandelt habe. Der Nachweis alter Wirbelkörperfrakturen sowie der Zustand nach Femurfraktur beweise, dass es bei diversen Skiunfällen zu erheblichen Gewalteinwirkungen gekommen sei. Diese hätten sich nicht auf den Thorakalbereich beschränkt, sondern auch Verletzungen der empfindlichen Strukturen der HWS verursacht. Die Kollision mit dem Baum habe entweder allein oder kumuliert mit früheren unfallbedingten Mikroverletzungen im HWS-Bereich zum jetzigen Beschwerdebild im Sinn eines HWS-Beschleunigungssyndroms geführt. Die in der Bildgebung fehlenden Zeichen unfallbedingter Strukturveränderungen könnten nicht als Ausschlusskriterium für die Unfallkausalität herangezogen werden. Der fehlende radiologische Nachweis sei nicht beweisend für das Fehlen unfallbedingter Korrelate. Mikroskopische Veränderungen der HWS würden sich radiologisch nicht nachweisen lassen. Degenerative Veränderungen als natürliche Alterserscheinung seien relativ selten schmerzhaft. Beim Beschwerdeführer hätten Facettengelenksinfiltrationen C2/3 und C5/6 zu einer markanten Schmerzreduktion geführt, was ein Hinweis dafür sei, dass die Facettengelenke zumindest teilweise an der Schmerzgenese beteiligt seien. Die schmerzhaften Muskelverspannungen als reversibel und psychosomatisch abzutun, sei in diesem Fall blanker Unsinn. Gerade anhaltende Nackenbeschwerden hätten eine Tendenz

zur Schmerzchronifizierung bzw. Symptomausweitung. In solchen Fällen lasse sich radiologisch meist keine eindeutige Schmerzursache lokalisieren. Bei wechselnder Arbeitsposition sollte eine Arbeitsfähigkeit von täglich vier bis fünf Stunden möglich sein. Das Ziel liege in einer Arbeitssteigerung auf 100%. Es sei davon auszugehen, dass infolge des Unfalls vom 6. Februar 2000 dauerhaft eine leichte Einschränkung der körperlichen und allenfalls geistigen Integrität bestehen bleibe. Bindende Aussagen bezüglich des Umfangs seien nicht möglich. Die Arbeitsfähigkeit müsse im Detail von entsprechenden Fachstellen beurteilt werden (UV-act. 225).

2.4 Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 27. August 2009, er kenne den Beschwerdeführer seit Juni 2004 (Diagnose: Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt, bei akzentuierten Persönlichkeitszügen). Eine erste Behandlungstranche habe im Oktober 2004 geendet, nachdem sich der Patient deutlich habe stabilisieren können. Im Herbst 2008 habe er sich erneut vorgestellt. Die durchgeführten Massnahmen hätten eine deutliche Verbesserung möglich gemacht. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht beurteile er mit 100% (UV-act. 239). Von Seiten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV wurde am 3. November 2009 festgehalten, insgesamt sei aus psychiatrischer Sicht keine Störung mit Krankheitswert und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen (UV-act. 271). Dr. H.____ vermerkte im Bericht vom 13. November 2009, dass sich im Cervikalbereich eine deutliche Beschwerdelinderung gezeigt habe. Im Vordergrund stünden immer noch die Muskelverspannungen im Thorakalbereich. Hier hätten die durchgeführten Interventionsversuche nicht die erhoffte Linderung bewirkt (UV-act. 272). Für die von Dr. H.____ empfohlene Botox-Behandlung erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache mit dem Vermerk, dass eine wesentliche und nachhaltige (andauernde) Besserung davon nicht zu erwarten sei (UV-act. 273, 279). Dr. H.____ gab am 11. Februar 2010 bekannt, dass der Behandlungsversuch mit Botox nicht zur erhofften Lockerung der muskulären Verspannung im BWS-Bereich geführt habe. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor willens und fähig, seinem schulischen Pensum von 5 Stunden pro Tag an 5 Tagen in der Woche nachzukommen. Allfällige weitere schmerz-therapeutische Massnahmen richteten sich nach dem Verlauf. Weitere Behandlungstermine seien nicht vereinbart worden (UV-act. 285). Der Psychiater Dr. M.____ bescheinigte am 21. April 2010 eine wesentliche Besserung des medizinischen Gesamtzustands. Eine weitere Besserung/Stabilisierung werde möglich sein (UV-act. 290). Eine psychiatrische Beurteilung durch Suva-Arzt N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ergab gemäss Bericht vom 8. Juni 2010, dass eine weitere Besserung nicht zu erwarten und die psychiatrische Behandlung aktuell zur Stabilisierung des mittlerweile unauffälligen psychischen Zustands des Beschwerdeführers diene (UV-act. 293). Dr. M.____ legte am 16. August 2010 dar, die aktuell noch bestehenden psychischen Beschwerden seien auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsivem Verhalten zurückzuführen. Deren Ätiologie dürfte in einer traumatisierenden Kindheits- und Jugenderfahrung mit dem Vater liegen. Die psychiatrische Weiterbehandlung sei indiziert; sie werde jedoch nicht über die Unfall-, sondern über die Krankenversicherung abgerechnet (UV-act. 303).

E. 3

Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse im Sinn eines organischen Substrats zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich

kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3, und vom 22. September 2010, 8C_240/2010). In Bezug auf den HWS/Nacken-Bereich ist ein durch den Unfall vom 6. Februar 2000 bedingter organisch-struktureller (somatischer) Gesundheitsschaden in Anbetracht der geschilderten Aktenlage und der vorstehenden Ausführungen überwiegend wahrscheinlich zu verneinen (vgl. UV-act. 17, 50, 112, 215 Beilage [Bericht Dr. F.____ vom 9. April 2009], 225, 281). Hinsichtlich der Beschwerden im BWS-Bereich ist aktenmässig klar dokumentiert, dass die Frakturen BWK3 und BWK7 nicht auf das Unfallereignis vom 6. Februar 2000 zurückzuführen sind, sondern auf frühere nicht Suva-versicherte Skiunfälle (vgl. UV-act. 5, 80 S. 1, 142, 187, 215 Beilage [Bericht Dr. F.____ vom 9. April 2009], 225 S. 2 und 3, 281). Die signifikante und dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, ist nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeigt (RKUV 2000, 45). Ein solcher Sachverhalt ist vorliegend mit Bezug auf den BWK-Bereich nicht dargetan. Selbst wenn es durch den Unfall vom 6. Februar 2000 zu einer Verschlechterung der Situation im BWK-Bereich gekommen sein sollte, so hätte diese bei fehlendem Nachweis einer organisch-strukturellen Unfallfolge jedenfalls auf Ende September 2010 - über zehn Jahre nach dem Unfall - als abgeheilt zu gelten (vgl. Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff, wo die Abheilungsdauer bei vergleichbaren Sachverhalten mit maximal 12-18 Monaten angegeben wird). Da eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nicht belegt ist, besteht für die gesundheitlichen Beschwerden im BWS-Bereich und daraus allenfalls resultierender Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsbedürftigkeit und Integritätseinbusse jedenfalls für die Zeit ab Oktober 2010 keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie vorliegend - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall aufgetreten sein. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestiert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom

15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Gemäss Bericht des Kantonalen Spitals C. ___ vom 17. Februar 2000 gab der Beschwerdeführer an, nach dem Unfall an Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie im Bereich der oberen BWS gelitten zu haben. Anhaltspunkte für eine Amnesie sowie Schwindel und Erbrechen wurden verneint. Als gesundheitliche Vorzustände erwähnte der Beschwerdeführer eine Burssektomie (1995) sowie eine BWK7- und -12 Fraktur "vor einigen Jahren" (vgl. dazu vorangehende E. 3.1). Die Spitalärzte vermerkten eine Commotio cerebri und einen GCS (Glasgow-Coma Skale) von 15 bei äusserlich sichtbarer Kontusionsmarke am Schädel (UV-act. 5) und bestätigten damit eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI; vgl. dazu S. Johannes/R. Schaumann-von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], 74ff). Dr. O. ___ bestätigte am 25. März 2000 zusätzlich eine HWS-Distorsion mit Kopf- und Nackenschmerzen (UV-act. 8). Auch im Zervikal- bzw. HWS-Bereich hatte ein gesundheitlicher Vorzustand vorgelegen (vgl. UV-act. 18 S. 2). Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen wurde am 5. Juli 2000 festgehalten, beim Unfall sei die Kopfstütze des Unfallfahrzeugs abgebrochen. Es habe ein Kopfanprall mit der Stirne auf dem Steuerrad (UV-act. 30) stattgefunden mit Rückschlag in die Kopfstütze. Der Bewusstseinsverlust habe ca. 10-15 Minuten betragen. Nierenschmerzen und leichte Kopfschmerzen seien sofort nach dem Unfall aufgetreten, Rücken- und Nackenschmerzen erst nach einigen Tagen. Es hätten bereits vor dem Unfall Nacken-, Kopf-, Schulter- und Rückenschmerzen bestanden (UV-act. 29). Die Ärzte der Rehaklinik I. ___ führten sodann die leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen auf den Unfall vom Februar 2000 zurück (UV-act. 80). Angesichts der geschilderten Aktenlage kann vom Auftreten des typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden, wozu auch die von der Rehaklinik I. ___ als unfallkausal eingeschätzten leichten neuropsychologischen Einschränkungen gehören (UV-act. 80), gesprochen werden. Nach der Rechtsprechung sind die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit umso strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem (erneuten) Eintritt der Gesundheitsschädigung ist (RKUV 1997, 188 E. 1c). Damit wieder aufgetretene Beeinträchtigungen auch noch nach einer längeren Zeit, während der sich die anfängliche Symptomatik zurückgebildet hat, mit hinreichender Zuverlässigkeit dem Unfall als versichertem Ereignis zugerechnet werden können, muss der Beschwerdeverlauf eine gewisse Kontinuität aufweisen. Dieser zeitliche Zusammenhang ist gerade nach Distorsionsverletzungen der Halswirbelsäule von grosser Bedeutung für die Beurteilung der Kausalität, weil ein Zervikalsyndrom - als das nach einer Schleudertraumaverletzung meist zentrale Symptom - in dem Sinn ätiologisch unspezifisch ist, als oft auch andere Faktoren (degenerative Veränderungen, muskuläre Dysbalance etc.) als massgebende Ursachen für diese Beeinträchtigungen in Betracht fallen (vgl. Urteil des EVG vom 6. Juni 2006, U12/06, E. 4.2). - Die Beschwerdegegnerin ging im Resultat von einer - wenn auch zeitlich befristeten - Unfalleinwirkung aus, indem sie ihre Leistungspflicht für den im Jahr 2005 gemeldeten Rückfall bis Ende September 2010 anerkannte.

3.2 Nachdem Suva-Arzt Dr. L. ___ bereits im Bericht vom 18. September 2008 eine weitere, durch den Unfall vom 6. Februar 2000 bedingte Behandlungsbedürftigkeit verneint hatte (UV-act. 187), legte Dr. H. ___ am 5. Juli 2009 dar, Therapieziel sei eine über längere Zeit dauernde Schmerzlinderung auf ein erträgliches Niveau. Die Therapiemöglichkeiten (im Zervikalbereich) seien noch nicht ausgeschöpft. Im Thorakalbereich seien Behandlungserfolge unsicher. Es müsse versucht werden, die

fortschreitende Chronifizierung zu stoppen (UV-act. 225). Psychiater Dr. M.____ empfahl hierauf am 27. August 2009 eine niedrigfrequente ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbetreuung, um die erreichten Fortschritte zu erhalten und eine weitere Besserung zu unterstützen (UV-act. 239). Dr. H.____ hielt im Bericht vom 26. Oktober 2009 fest, die durch die Facettengelenksbehandlung erhoffte längerfristige Schmerzlinderung sei leider ausgeblieben. Weitere Behandlungen im Thorakalbereich seien nicht vorgesehen (UV-act. 263). Die folgenden, durch Dr. H.____ im Zervikalbereich vorgenommenen Behandlungen dienten der Beschwerdelinderung (UV-act. 272, 285). Dr. M.____ bescheinigte in den Folgemonaten, dass die weitere Behandlung der Stabilisierung des Zustands diene und überdies krankheitsbedingt sei (vgl. UV-act. 290, 303). Im Bericht vom 25. März 2011 wies Dr. H.____ unter Bestätigung der (natürlichen) Unfallkausalität des Beschwerdebilds erneut darauf hin, dass es bei den Nackenschmerzen immer wieder zu einer Zunahme komme und trotz Schmerzlinderung es um eine chronische Symptomatik mit ungewissem Ausgang handle. Eine Schmerzfreiheit erachtete er als unwahrscheinlich. Der Beschwerdeführer habe sich eine gute Schmerzbewältigung angeeignet. Es sei weiterhin regelmässige Physiotherapie zur Lockerung der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur angezeigt (act. G 11.1). Gestützt auf diese Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls per Ende September 2010 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und die durchgeführten Behandlungsmassnahmen (bei unsicherem Behandlungserfolg) lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienten. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf Ende September 2010 an. Laufende Eingliederungsmassnahmen der IV (kaufmännische Ausbildung des Beschwerdeführers) vermögen den Fallabschluss ebenfalls nicht zu hindern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2010, 8C_895/2009, E. 5, mit welchem der Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 8. September 2009, UV 2008/93 [vgl. dort E. 4.3 zweiter Abschnitt] bestätigt wurde).

3.3 Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden (Trentz/Bühren, Checkliste Traumatologie, Stuttgart/New York 2001, S. 122 ff.), rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene

Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Vorliegend ist wie erwähnt von einer leichten traumatischen Hirnverletzung auszugehen, womit die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung gelangt. Die Adäquanz beurteilt sich damit nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien. Dabei ist auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, fehlt es doch nach Lage der Akten an einer Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a).

E. 4

4.1 Der in Frage stehende Unfall vom 6. Februar 2000 ist aufgrund des Geschehensablaufs - das vom Beschwerdeführer gelenkte Fahrzeug kollidierte, nachdem es in einer langgezogenen Linkskurve von der Strasse abgekommen war, mit einem Baum (UV-act. 1-6, 36) - und der Verletzungen (UV-act. 5) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) einzustufen (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie vom 22. August 2008, 8C_609/2007, E. 4.1.3). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache vermöchten an dieser Einstufung nichts zu ändern. Nach den Angaben des Beschwerdeführers vom 5. Juli 2000 bewirkte der Unfall einen Bewusstseinsverlust von ca. 10-15 Minuten (UV-act. 29). Danach habe er trotz der Verletzungen auf die Strasse hinaufkriechen können (UV-act. 30). Gemäss Polizeibericht gab er demgegenüber lediglich an, dass er nach dem Stillstand ca. fünf Minuten im Fahrzeug geblieben sei und kurze Zeit später das Fahrzeug mit Hilfe anderer Verkehrsteilnehmer durch die Frontscheibe habe verlassen können. Einen Bewusstseinsverlust erwähnte er nicht (vgl. UV-act. 6/2). Eine gewisse Eindrücklichkeit für den Beschwerdeführer kann dem Ereignis nicht abgesprochen werden. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind allerdings nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.3 und vom 2. März 2005, U 309/03, E. 5.1). Beim erlittenen zervikalen Trauma handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Das Trauma dürfte konkret jedoch eine unter anderem im Zervikal-Bereich vorgeschädigte Wirbelsäule (vgl. UV-act. 18 S. 2, 225) getroffen haben; es ist somit als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren. Das Kriterium ist damit - wenn auch nicht in besonders ausgeprägtem Masse - als erfüllt anzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C_785/2007, E.

4.4). Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 6. Februar 2000 mit initialer Behandlung im Kantonalen Spital C.____ und anschliessender konservativer Therapie einen sechswöchigen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik G.____ absolvierte (UV-act. 27). Nach regelmässiger Physiotherapie wurde in der Folge eine Besserung der Beschwerden des Bewegungsapparats erreicht und die Therapie gut acht Monate nach dem Unfall im Wesentlichen abgeschlossen (vgl. UV-act. 30, 33, 38, 40). Erst rund vier Jahre danach, und nachdem er als Angestellter der E.____ AG eine erneute Rückenverletzung erlitten hatte (vgl. UV-act. 48.1 Beilagen), erfolgten erneute Behandlungen, welche der Beschwerdegegnerin im Januar 2005 als Rückfall gemeldet wurden (UV-act. 47). Die Behandlungen umfassten einen weiteren stationären Aufenthalt in der Rehaklinik I.____ (UV-act. 80) sowie ambulante Massnahmen in somatischer und psychiatrischer Hinsicht, welche allerdings auch nicht unfallkausale Gesundheitsschäden betrafen. Reine Abklärungsmassnahmen fallen ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2008, 8C_687/2007, E. 5.3). Ende September 2010 war von weiteren Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. vorstehende E. 3.3). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C_331/2007, E. 4.2.3) nicht als belegt gelten. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer leidet gemäss den Darlegungen von Dr. H.____ vom 11. Februar 2010 insbesondere unter muskulären Verspannungen im BWS-Bereich (UV-act. 285). Deren Unfallkausalität kann jedoch, wie diejenige der psychischen Beschwerden (vgl. UV-act. 293, 303), wie erwähnt (vorstehende E. 3.1 Absatz 3) nicht als belegt gelten. Im Weiteren wurden in älteren Akten anhaltende Konzentrationsstörungen mit Gedächtnisproblemen und rascher Ermüdung angegeben (UV-act. 275). In der Pflege sozialer Kontakte (unter anderem Schulbesuch) ist der Beschwerdeführer soweit ersichtlich nicht eingeschränkt (vgl. unter anderem UV-act. 239, 290). Damit lässt sich das Kriterium von ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Im Weiteren können auch ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage (E. 2 und 3.1) nicht als gegeben erachtet werden. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion. 4.2 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann

können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). - Nachdem in der Zeit nach dem Unfall eine volle Arbeitsunfähigkeit und ab 1. Juni 2000 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden war (UV-act. 33), bestand ab 17. Juli 2000 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (UV-act. 38, 40). Nach der Rückfallmeldung (Januar 2005) und einem stationären Klinik-Aufenthalt bescheinigte die Rehaklinik I.____ am 30. Juni 2005 eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbaren für die ab 1. August 2005 beginnende Ausbildung (UV-act. 80). Gemäss Bericht der Befas vom 22. September 2008 war damals nach vier bis sechs Monaten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu erwarten (UV-act. 127). Dr. F.____ hatte im Bericht vom 4. September 2008 - bezogen auf die (nicht unfallkausalen) BWK-Frakturen - eine "anhaltende Invalidität von mindestens 20%" postuliert (UV-act. 138). Ende 2008 brach der Beschwerdeführer die von der IV bewilligten beruflichen Massnahmen ab (UV-a-ct. 164). Unmittelbar im Anschluss daran bewilligte die IV weitere berufliche Massnahmen (UV-act. 165, 191). Suva-Arzt Dr. L.____ verneinte am 18. Dezember 2008 eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 187). Der Psychiater Dr. M.____ bestätigte am 27. August 2009 in seinem Fachgebiet eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (UV-act. 239). Der RAD gelangte am 3. November 2009 zum selben Ergebnis (UV-act. 271). Das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen kann bei diesem Sachverhalt ebenfalls nicht als erfüllt betrachtet werden. Bei Erfüllung eines einzigen Adäquanz-Kriteriums kommt dem Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden zu. 4.3 Bei fehlendem bzw. mit Erreichen des medizinischen Endzustands weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang ist auch ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zu prüfen. Hieran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass Dr. F.____ den Integritätsschaden im Bericht vom 9. April 2009 auf 30% veranschlagt (UV-act. 215 Beilage), zumal die von ihm einbezogenen Beschwerden im BWK-Bereich nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal gelten können (vorstehende E. 3.1).

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. November 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.