

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00062 vom 30. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00062](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00062)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00062 du 30 mars 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00062 del 30 marzo 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Bei X.\_\_\_\_, geboren 1998, wurde im Rahmen von neuropsychologischen und neuropädiatrischen Abklärungen im A.\_\_\_\_ von Januar/Februar 2004 ein infantiles psychoorganisches Syndrom (POS) diagnostiziert (Berichte vom 30. Januar 2004, Urk. 9/4 S. 9-12, und vom 2. März 2004, Urk. 9/4 S. 13-14). Aufgrund der Anmeldung vom 14. März 2004 (Urk. 9/1) holte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, neben den Berichten des A.\_\_\_\_ den Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Pädiatrie, vom 18./19. April 2004 ein (Urk. 9/4 S. 1-8) und verfügte daraufhin am 28. Mai 2004, dass sie die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 404 bis zum 31. März 2009 übernehme, wobei die Kosten der Ergotherapie ab Therapiebeginn für die Dauer eines Jahres übernommen würden (Urk. 9/10).

Am 20. Juni 2005 ersuchten die Eltern von X.\_\_\_\_ zusammen mit der zuständigen Ergotherapeutin C.\_\_\_\_ um Verlängerung der Kostenzusprache für Ergotherapie (Urk. 9/11). Mit Verfügung vom 7. September 2005 entsprach die IV-Stelle diesem Gesuch gestützt auf den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2005 (Urk. 9/14) und den Bericht von C.\_\_\_\_ vom 17. August 2005 (Urk. 9/15) und gewährte die gewünschte Verlängerung bis zum 31. März 2006 (Urk. 9/17).

Ein nochmaliges Verlängerungsgesuch wurde am 23. Januar 2006 gestellt (Urk. 9/18). Nach Einholen eines aktuellen Berichts von Dr. B.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2006 (Urk. 9/20) sicherte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Juni 2006 die weitere Kostenübernahme für die Zeit bis zum 31. März 2007 zu (Urk. 9/21).

1.2 Mit Schreiben vom 17. Januar 2007 stellten C.\_\_\_\_ und die Eltern von X.\_\_\_\_ erneut ein Gesuch um Weitergewährung der Ergotherapie (Urk. 9/23). Die IV-Stelle holte den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2007 ein (Urk. 9/25) und eröffnete der Mutter des Versicherten daraufhin mit Vorbescheid vom 3. April 2007, dass sie das Verlängerungsgesuch abzuweisen gedenke, da die Invalidenversicherung die Kosten für eine ergotherapeutische Behandlung nur während maximal drei Jahren übernehmen könne (Urk. 9/28). Die Sansan Versicherungen AG (Sansan) als Durchführerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhob mit Schreiben vom 18. Mai 2007 Einwendungen gegen den geplanten Entscheid (Urk. 9/32). Mit Verfügung vom 27. November 2007 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids und wies das Verlängerungsgesuch ab (Urk. 2 = Urk. 9/34).

2. Gegen die Verfügung vom 27. November 2007 erhob die Sansan mit Eingabe vom 15. Januar 2008 (Urk. 1) Beschwerde mit den folgenden Anträgen (Urk. 1

S. 2):

"1. Die Verfügung vom 27. November 2007 sei aufzuheben.

2. Die Invalidenversicherung sei zu verpflichten, weiterhin die Kosten für die Ergotherapie im Rahmen des Geburtsgebrechens gemäss Ziffer 404 der Liste im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) zu übernehmen."

Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 14. April 2008 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Verfügung vom 17. April 2008 (Urk. 10) wurde der Versicherte zum Prozess beigeladen, und seinen Eltern als dessen gesetzlichen Vertretern wurde Frist zur Stellungnahme zu den Eingaben der Sansan und der IV-Stelle sowie zu den eingereichten Akten gegeben. Nachdem diese Frist unbenutzt verstrichen war, wurde mit Verfügung vom 27. Mai 2008 ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 13). Die Sansan nahm die Gelegenheit zur Replik nicht wahr, worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 24. Juli 2008 geschlossen wurde (Urk. 18).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Gestützt auf Art. 6 der Verordnung des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) hat die Krankenkasse unter gewissen Voraussetzungen für ergotherapeutische Behandlungen aufzukommen. Die Beschwerdeführerin ist daher vom strittigen Entscheid der Beschwerdegegnerin über die Ablehnung weiterer Leistungen für Ergotherapie berührt und gestützt auf Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zur Beschwerde legitimiert. Auf die Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 und des ATSG sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlässen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 27. November 2007 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der sich bis zu diesem Zeitpunkt ereignet hat. Daher ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für diesen Zeitraum auf die bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

### E. 3

3.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Gemäss Art. 13 Abs. 2 IVG bezeichnet der

Bundesrat die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden, wobei er die Leistung ausschliessen kann, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist. Gestützt auf diese Delegationsnorm hat der Bundesrat die Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) erlassen, in deren Anhang die einzelnen Gebrechen aufgelistet sind.

Ausserhalb von Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG haben Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG).

## E. 3.2

3.2.1 Ziffer 404 GgV Anhang umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: Kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (kongenitales infantiles Psychosyndrom, kongenitales hirndiffuses psychoorganisches Syndrom, kongenitales hirnlokales Psychosyndrom), sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahres behandelt worden sind.

3.2.2 Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten nach Art. 2 Abs. 3 GgV sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat diese Verordnungsbestimmung im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) zum einen hinsichtlich der einzelnen Geburtsgebrechen und zum andern hinsichtlich der einzelnen therapeutischen Vorkehren konkretisiert.

3.2.3 Nach Rz 404.11 KSME in der bis Ende 2004 in Kraft gewesenen Fassung hatte beim Geburtsgebrechen Ziffer 404 die Dauer unter anderem einer ergotherapeutischen Behandlung höchstens zwei Jahre zu betragen, wobei eine Verlängerung aufgrund eines spezialärztlichen Zeugnisses möglich war. Nach Rz 1017 KSME in der bis Ende 2004 in Kraft gewesenen Fassung musste eine Ergotherapie in jedem Fall ärztlich verordnet sein und war jeweils für maximal zwei Jahre zu verfahren; Verlängerungsanträge waren kritisch zu prüfen und mussten ebenfalls ärztlich begründet werden.

In Rz 404.11 KSME in der ab Januar 2005 gültigen Fassung wurde die Verlängerung einer ergotherapeutischen Behandlung nach zwei Jahren explizit auf ein einziges weiteres Jahr begrenzt. Desgleichen wurde in Rz 1017 KSME in der ab Januar 2005 gültigen Fassung festgeschrieben, dass beim Geburtsgebrechen Ziffer 404 eine Verlängerung für ein Jahr nur einmalig und nur auf fachärztlich begründetes Gesuch hin möglich sei. Ferner wurde - wie auch für andere explizit aufgezählte Geburtsgebrechen - für die Verlängerung ein aussagekräftiger neuropädiatrischer Bericht verlangt, der sich zum bisherigen Verlauf, der weiteren Zielsetzung und den angewandten Methoden äusserte.

Per November 2005 wurde Rz 1017 KSME dahingehend geändert, dass die Indikation zur Therapie durch neurologisch oder neuropsychologisch fassbare Störungen begründet sein musste, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein mussten und sich auf den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten auswirkten, und dass aus dem Antrag zur Ergotherapie die Ziele der Behandlung hervorgehen mussten. Ferner wurde in Rz 1015.1 KSME festgehalten, dass Anträge zur Verlängerung der Ergotherapie aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag und eines auswöchentlichen Therapieberichts zu prüfen seien, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten sei, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgingen. In Rz 1015.2 KSME wurde für das Geburtsgebrechen Ziffer 404 unter Wiederholung des entsprechenden Inhalts von Rz 404.11 KSME an der Begrenzung der Dauer auf zwei Jahre und einer einmaligen Verlängerung um ein Jahr festgehalten.

In der ab Januar 2008 gültigen Fassung des KSME blieben die Regelungen in Rz 404.11, Rz 1015.1, Rz 1015.2 und Rz 1017 KSME unverändert, soweit vorstehend zitiert.

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin erachtete das Geburtsgebrechen Ziffer 404 GgV Anhang aufgrund der Berichte des A. \_\_\_ vom 30. Januar 2004 und vom 2. März 2004 (Urk. 9/4 S. 9-12 und Urk. 9/4 S. 13-14) zu Recht als ausgewiesen. Dementsprechend sprach sie medizinische Massnahmen zu dessen Behandlung zu, so für die Zeit von Mitte 2004 bis zum 31. März 2007 auch Ergotherapie. Die angefochtene Verfügung vom 27. November 2007 (Urk. 2) war einzig damit begründet, dass das KSME es nicht zulasse, die Kostenübernahme für die ergotherapeutische Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 404 über die Dauer von drei Jahren hinaus zu verlängern.

4.2 Die von der Beschwerdegegnerin angerufene Beschränkung der ergotherapeutischen Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 404 auf drei Jahre ist, wie aus den vorstehenden Zitaten hervorgeht, seit Januar 2005 explizit in der KSME festgelegt. Die Beschwerdeführerin brachte jedoch vor, die entsprechende Regelung stehe nicht im Einklang mit der Art. 2 Abs. 3 GgV (Urk. 1 S. 4 f.). Im Folgenden ist daher zu prüfen, wie es sich damit verhält.

4.3 Verwaltungsweisungen richten sich an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 132 V 121 Erw. 4.4 S. 125, 321 Erw. 3.3 S. 324).

Ausschlaggebend für die Neufassung von Rz 1017 KSME per 1. Januar 2005 war gemäss dem Rundschreiben Nr. 203 vom 8. Juli 2004 die Kritik des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), dass Ergotherapie oft über Jahre hin verordnet und von den IV-Stellen übernommen werde, ohne dass in regelmässigen

Abstritten überprüft und evaluiert werde, ob die Therapie überhaupt noch zweckmässig sei. Der Inhalt von Rz 1017 KSME in dieser Neufassung betraf zum einen strengere Vorschriften zur Indikationsstellung, indem eine Verlängerung der ergotherapeutischen Behandlung neu vom Vorliegen eines Berichts der Fachrichtung der Neuropädiatrie abhängig gemacht wurde, der sich zum Verlauf, zur Zielsetzung und zu den angewandten Methoden äusserte. Zum andern wurde in zeitlicher Hinsicht eine ausdrückliche Begrenzung auf drei Jahre festgeschrieben. Per 1. November 2005 wurde das Erfordernis einer neuropädiatrischen Beurteilung wieder gestrichen, dies wegen der eingeschränkten Zahl verfügbarer Neuropädiater. Am Erfordernis einer genauen ärztlichen Dokumentation der Befunde, des Therapieverlaufs und der Zielsetzung wurde jedoch mit den Ausführungen in Rz 1015.1 und Rz 1015.2 KSME festgehalten (Rundschreiben Nr. 206 und Nr. 217 des BSV vom 23. September 2004 und vom 24. März 2005). Desgleichen blieb die zeitliche Begrenzung auf drei Jahre bestehen.

Art. 2 Abs. 3 GgV schreibt in genereller Weise vor, dass sämtliche Vorkehren als medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen zu übernehmen sind, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. Diejenigen der dargelegten Richtlinien, welche im Hinblick auf die Indikation für eine ergotherapeutische Behandlung eine Dokumentation der Befunde, eine Überwachung des Therapieverlaufs und eine Festlegung des Therapieziels verlangen, sind ohne Weiteres als Spezifizierungen einzustufen, die der Verwirklichung der Grundsätze in Art. 2 Abs. 3 GgV dienen. Denn die entsprechenden Angaben dienen unmittelbar der Beurteilung, ob die Anordnung oder Weiterführung einer ergotherapeutischen Behandlung im Einzelfall als erfolversprechend und damit als zweckmässig im Sinne der zitierten Verordnungsbestimmung erscheint. Dort, wo aber anhand solcher Unterlagen die Kriterien in Art. 2 Abs. 3 GgV auch nach drei Jahren noch als erfüllt zu beurteilen sind, stünde eine Leistungsablehnung allein unter Berufung auf eine gewillkürte, nicht durch wissenschaftliche Argumente begründbare zeitliche Limite im Widerspruch zu Art. 2 Abs. 3 GgV. Dies führt zum Ergebnis, dass die im KSME festgesetzte dreijährige Limite insoweit nicht im Einklang mit Art. 2 Abs. 3 GgV steht, als sie nicht nur als ungefährliches Richtmass, sondern als strikt zu befolgende Norm gehandhabt wird, von der auch im Einzelfall nicht abgewichen werden kann. Vergleichbar hat das Sozialversicherungsgericht im Übrigen in einem Urteil vom 17. Februar 2006 im Zusammenhang mit der - unterdessen nicht mehr zu übernehmenden (vgl. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG in der seit Januar 2008 in Kraft stehenden Fassung) - psychomotorischen Therapie entschieden (Prozess Nr. IV.2005.000343).

4.4 Auch die Beschwerdegegnerin scheint sich nicht grundsätzlich gegen eine Abweichung von der dreijährigen Maximaldauer stellen, wenn sie sich in der Beschwerdeantwort zusätzlich auf den Standpunkt stellte, vorliegendenfalls seien die gesetzten Ziele mit der bisherigen ergotherapeutischen Behandlung ohnehin bereits erreicht worden (Urk. 8 S. 2).

Diese Folgerung lässt sich jedoch durch die vorhandenen Unterlagen nicht ohne Weiteres bestätigen. Es trifft zwar zu, dass die Einschulung des Versicherten in die Regelklasse, welche durch die ergotherapeutische Behandlung ermöglicht werden sollte (vgl. die Ausführungen von Dr. B. \_\_\_ im Bericht vom 29. Juni 2005, Urk. 9/14 S. 4, und den Bericht von C. \_\_\_ vom 17. August 2005, Urk. 9/15), erfolgreich war. Denn Dr.

B.\_\_\_\_ hatte schon anlässlich des vorletzten Verlängerungsgesuchs vom 23. Januar 2006 (Urk. 9/18) im Bericht vom 2. Februar 2006 dargelegt, dass sich der Versicherte in der 1. Regelklasse gut habe integrieren können (Urk. 9/20 S. 4). Er hatte damals aber auch festgehalten, dass ohne die Weiterführung der Ergotherapie ein Verbleiben in der Regelklasse nicht gewährleistet sei (Urk. 9/20 S. 4). Dieses Argument führte er im Bericht vom 5. Februar 2007 zur Begründung des aktuellsten, vorliegend strittigen Verlängerungsgesuchs vom 17. Januar 2007 wiederum an (Urk. 9/25 S. 4). Tatsächlich kann das Ziel einer Behandlung auch in der Erhaltung eines status quo bestehen. Diesem Umstand trug die Beschwerdegegnerin mit ihrer Feststellung, das Ziel der Integration in die Regelklasse sei bereits erreicht worden, zu wenig Rechnung.

Für die abschliessende Beurteilung der weiterführenden Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bedarf es allerdings ergänzender Informationen. Was die im KSME geforderte genaue Dokumentation der Befunde anbelangt, so lag die detaillierte Befunderhebung im A.\_\_\_\_ von Anfang 2004 im Zeitpunkt des Verlängerungsgesuchs vom 17. Januar 2007 bereits drei Jahre zurück. Dr. B.\_\_\_\_ erwähnte im Bericht vom 5. Februar 2007 denn auch eine neue ärztliche Abklärung im D.\_\_\_\_, wo eine medikamentöse Behandlung (Ritalin) diskutiert worden sei (Urk. 9/25 S. 4). Der entsprechende Bericht konnte für die Belegung der Befunde und - daraus abgeleitet - für die Abwägung der Zweckmässigkeit der Ergotherapie gegenüber einer medikamentösen Behandlung von ausschlaggebender Bedeutung sein. Dies gilt insbesondere deshalb, weil Dr. B.\_\_\_\_ sinngemäss zum Ausdruck brachte, durch die Weiterführung der Ergotherapie könne eine medikamentöse Therapie (einstweilen) vermieden werden (vgl. Urk. 9/25 S. 4). Des Weiteren erscheint es als angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ergotherapeutin C.\_\_\_\_ selber nochmals einen Verlaufsbericht einholt - der letzte von ihr erstattete Bericht datiert vom 17. August 2005 (Urk. 9/15). Denn es ist zu erwarten, dass die Therapeutin unmittelbar über den Therapieverlauf zu berichten vermag, als dies dem behandelnden Arzt möglich ist.

4.5 Damit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. November 2007 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Versicherten auf Weitergewährung der ergotherapeutischen Behandlung neu verfähre.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens braucht eine Leistungspflicht unter der subsidiär anwendbaren Vorschrift in Art. 12 IVG nicht geprüft zu werden.

5. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdegegnerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. November 2007 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Versicherten auf Weitergewährung der ergotherapeutischen Behandlung neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sansan Versicherungen AG

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Y.\_\_\_\_

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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