

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01115 vom 25. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01115)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01115 du 25 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01115 del 25 marzo 2013

## Erwägungen

### E. 1

#### 1.1????

???????? Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG). Vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte ist im Falle von Minderjährigen gegebenenfalls abzugehen. Hier können medizinische Vorkehrungen schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehrungen eine Heilung mit Defekt oder ein anderer stabilisierter Zustand einträte, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen würde. Die entsprechenden Kosten werden bei Minderjährigen also von der Invalidenversicherung getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand führen würde (BGE 131 V 9 E. 4.2 mit Hinweisen).

1.2???? Nach der Rechtsprechung fällt bei Minderjährigen die Übernahme von Psychotherapie als medizinische Massnahme nicht schon deshalb ausser Betracht, weil es um die Fortsetzung einer bereits mehrere Jahre andauernden Behandlung geht. Bei nicht erwerbstätigen minderjährigen Versicherten ist nicht entscheidend, ob eine Sofortmassnahme oder eine zeitlich ausgedehntere (aber nicht unbegrenzte) Vorkehrung angeordnet wird. Die Massnahmen zur Verhütung einer Defektheilung oder eines sonst wie stabilisierten Zustandes können sehr wohl eine gewisse Zeit andauern. Sie dürfen jedoch nicht Dauercharakter haben, d.h. zeitlich unbegrenzt erforderlich sein, wie dies beispielsweise beim Diabetes oder bei Schizophrenien und manisch-depressiven Psychosen (BGE 105 V 19, 100 V 41) der Fall ist. Solche Krankheiten schliessen medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung auch gegenüber Jugendlichen aus. Dies gilt auch für Krankheiten, bei denen im Einzelfall keine hinlängliche Zuverlässigkeit dafür besteht, dass die Prognose günstig ist (AHI 2003 S. 103, 2000 S. 63, ZAK 1984 S. 503 E. 3). Bleibt eine Störung (z. B. psychotischer Zustand im Gegensatz zu einer ausgeprägten Psychose) bei einem Kind lange fortschreitend, dient eine psychotherapeutische Massnahme in der Regel nicht der Verhinderung eines stabilen Defektzustandes, der sich in naher Zukunft einstellen würde, weshalb die Invalidenversicherung nicht dafür aufzukommen hat (ZAK 1971 S. 604 E. 3b). Hingegen sind nach der vom Bundesgericht ausdrücklich als gesetzeskonform bezeichneten (BGE 105 V 19 in fine) Verwaltungspraxis die Voraussetzungen für die Gewährung medizinischer Massnahmen an Versicherte vor

vollendetem 20. Altersjahr u.a. erfüllt bei schweren erworbenen psychischen Leiden, sofern - abgesehen von weiteren Erfordernissen - gemäss spezialärztlicher Feststellung von einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Auswirkungen auf die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werden kann (Urteil des Bundesgerichts I 165/03 vom 17. Juli 2003 E. 3.2).

1.3???? Psychotherapeutische Massnahmen gehen nicht zu Lasten der Invalidenversicherung, wenn die Prognose unbestimmt ist und/oder die Behandlung eine medizinische Vorkehr von zeitlich unbegrenzter Dauer darstellt (Rz 645-647/845-847.5 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherung über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung, KSME; AHI 2003 S. 106 E. 4b; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 416/03 vom 17. November 2003).

1.4???? Sodann ist festzuhalten, dass Art. 12 IVG namentlich bezweckt, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (Urteil des Bundesgerichts 9C\_729/2008 vom 17. April 2009 E. 2.3 mit Hinweisen).

## **E. 2**

2.1???? Streitig und zu prüfen ist, ob die Versicherte ab Dezember 2010 Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von Psychotherapie hat.

2.2???? Die Beschwerdegegnerin machte im Wesentlichen geltend, die Bulimie der Beschwerdeführerin sei noch sehr ausgeprägt. Es brauche daher intensive Therapie bis auf Weiteres. Da nicht eindeutig von einer guten Prognose ausgegangen werden könne, scheidet die IV-Stelle als Kostenträger aus (Urk. 2 S. 1).

2.3???? Dem hielt die Mutter der Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, die einzige nachhaltige Massnahme zur Lösung der Probleme der Beschwerdeführerin sei die Psychotherapie bei der Psychotherapeutin A.\_\_\_\_. Nach dem stationären Aufenthalt in der B.\_\_\_\_ könne diese nun zu Hause leben, ihren Schulalltag bewältigen und Berufsperspektiven entwickeln. Ihr könne nur über eine regelmässige, längerfristige Begleitung wieder dazu verholfen werden, ihrem Alter entsprechend auf eigenen Füssen zu stehen. Sie mache auch Fortschritte, welche sie als Mutter miterlebe (Urk. 1).

## **E. 3**

3.1???? Dr. Z.\_\_\_\_ vermerkte im Bericht vom 24. März 2010 (richtig: 2011, Urk. 7/4/1-6), die Beschwerdeführerin sei als Kleinkind motorisch eher unruhig, sonst jedoch unauffällig gewesen. Die Einschulung mit 7 Jahren sei problemlos verlaufen. Sie sei eine gute Schülerin gewesen, habe in der Folge aber starke Leistungsschwankungen gehabt. Die Schwester sei am 15. Oktober 2007 durch Suizid gestorben. Nach deren Tod habe eine deutliche depressive Entwicklung mit Schlafstörungen begonnen. In der Schule sei sie gemobbt worden. Psychologisch werde sie durch die Psychotherapeutin A.\_\_\_\_ betreut, welche auch eine Hospitalisation im C.\_\_\_\_ veranlasst habe. Danach sei der Verlauf wellenartig. Es erfolge eine ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)-Abklärung mit geplantem

Ritalinversuch. Die Prognose sei unklar (Urk. 7/4/5).

3.2???? Die behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_, Psychosomatik und Psychiatrie, berichteten am 18. Oktober 2010 (Urk. 7/4/7-9), die Beschwerdeführerin sei vom 8. März bis 8. Oktober 2010 auf der B.\_\_\_\_ behandelt worden. Sie diagnostizierten eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) (Urk. 7/4/7). Zum Verlauf hielten sie fest, eine begonnene antidepressive Medikation mit Fluctine per os habe wenig Wirkung auf die depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin gezeigt. Ein erfolgter Wechsel auf Remeron, niedrig dosiert, habe zwar eine Verbesserung des Schlafes gezeigt, habe jedoch wegen starken Nebenwirkungen (Parästhesien in beiden Armen) auf Wunsch der Beschwerdeführerin wieder abgesetzt werden müssen. Bezüglich des Ess- und Brechverhaltens habe sich eine ausgeprägte Abhängigkeit zwischen ihrer allgemeinen Befindlichkeit und ihrem Essverhalten gezeigt. Dank der interdisziplinären Behandlung sei es gelungen, die Anzahl der Ess-/Brechattacken deutlich zu reduzieren und das Körpergewicht bis zu den Sommerferien 2010 in einem gesunden Bereich zu halten (Urk. 7/4/8).

3.3???? Im Bericht vom 10. Mai 2011 (Urk. 7/6) führte die Psychotherapeutin A.\_\_\_\_ aus, sie habe die Beschwerdeführerin anfangs Dezember 2009 kennengelernt. Sie habe das Vollbild einer depressiven Jugendlichen auf dem Hintergrund schwerer familiärer Belastungen (schwere Trennungs- und Scheidungszeit der Eltern und Tod der älteren Schwester) gezeigt. Die therapeutische Beziehung sei zum Glück gelungen, so dass erste Stabilisierungsarbeit habe gemacht werden können. Die sehr ausgeprägte depressive Verstimmung mit den massiven Versagensängsten hätten es allerdings notwendig gemacht, dass die Beschwerdeführerin ins C.\_\_\_\_ habe eingewiesen werden müssen. Seit dem Austritt sei die Beschwerdeführerin daran, ihre Lebensgeschichte zu verarbeiten und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Die Gegenwartsbewältigung sei aber noch so schwierig, dass sie Hauptthematik im Alltag und in der Therapie sei. Nach einer langen Phase der Perspektivlosigkeit (z.T. suicidal geführt) entwickle die Beschwerdeführerin nun Pläne für die Zukunft, möchte aber einen guten, erfolgreichen Schulabschluss erreichen, um einen guten, differenzierten Beruf mit BMS (Berufsmaturitätsschule) zu lernen. Aktuell habe sie auch schon geschnuppert. Ihre Befindlichkeit sei aber nach wie vor sehr fragile, d.h. sie leide wieder vermehrt unter der Essstörung und verschiedenen Ängsten und massiv an sich selbst. Aufgrund von Konzentrationsproblemen sei sie von Dr. med. D.\_\_\_\_, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, wegen eines ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom) abgeklärt worden. Dr. D.\_\_\_\_ habe über eine Grenzsituation von ADS berichtet und der Beschwerdeführerin niedrig dosiertes Ritalin verschrieben. Diese habe nach drei Tagen Ritalineinnahme von einer anderen, besseren Befindlichkeit berichtet. Die Beschwerdeführerin brauche sicher bis auf weiteres Psychotherapie.

3.4???? Im Bericht vom 2. Juni 2011 (Urk. 7/8) führte die Psychotherapeutin A.\_\_\_\_ auf Nachfrage der IV-Stelle an, die Essstörung und die heute noch mittelgradige Depression wirkten sich so aus, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor sehr traurig, antriebslos, teilweise hoffnungslos, in ihrem Körperbild gestört sei und mit vielen Selbstzweifeln probiere, ihren Alltag (Schule und Schnuppern) zu bewältigen. Im Therapieverlauf beziehe sie Gespräche, körperorientierte Therapie (Körperwahrnehmung und Ressourcen) und kunstorientierte Therapie ein. Da die oben umschriebenen Symptome noch ausgeprägt seien, je nachdem auch sehr stark auftraten (tägliches mehrmaliges Brechen,

unkontrolliertes Essen, massiver emotionaler Einbruch mit Selbsthass und Versagensängsten), brauche es dringend Therapie bis auf Weiteres. Die Beschwerdeführerin komme im Sommer in die 3. Sek. A (habe sich Gymnasium überlegt). Da werde es sich zeigen, wie gut sie mit den alten belastenden Geschichten zusammen mit der Berufsfindung ihre Kräfte mobilisieren könne. Aktuell finde w?hentlich eine Therapiestunde statt. Ab und zu brauche sie Telefonunterstützung.

3.5???? Am 9. Juli 2011 pr?zisierte die Psychotherapeutin A.\_\_\_\_, wenn sie in ihrem Bericht vermerkt habe, dass die zum Teil massive Stimmungsunsicherheit, zusammen mit der Essst?rung bis auf Weiteres der therapeutischen Behandlung bed?rfe, meine sie nicht, dass die Beschwerdeführerin ihr bereits chronifiziert erscheine. Sie mache Fortschritte, habe Erfolgserlebnisse mit guten Tagen. Dies auch, weil sie erste Erfolgserlebnisse in der Schule habe und ihre ersten Schnuppererlebnisse und R?ckmeldungen sehr positiv verlaufen seien. In dieser Aufbauphase habe sie nun aber erneut schmerzliche und belastende pers?nliche Erfahrungen zu verkraften, welche R?ckf?lle in ihrer Heilungsentwicklung verursacht h?tten. Sie brauche sicher noch ein bis zwei Jahre Therapie, vorerst noch jede Woche, vermutlich im Verlaufe des Jahres alle zwei Wochen (Urk. 7/12/1-2).

3.6???? Im Schreiben vom 1. Oktober 2011 erg?nzte A.\_\_\_\_, aus ihrer langen Erfahrung wisse sie, wie anspruchsvoll ersch?tternd es f?r junge Menschen mit einer Pubert?ts- und Adoleszenzkrise sei, wenn sie intellektuell und kognitiv stark seien, ihre emotionale Befindlichkeit und Reife aber massiv blockiert oder verletzt seien. Sie seien in einer Art von Spagat, welcher f?r ihre Entwicklung gef?hrlich sei. Gerade bei jungen Menschen mit solchen Defekten sehe sie die gr?sstm?gliche Chance, gut und sogar gest?rkt aus einer solchen Krise zu wachsen, wenn sie auf l?ngere Zeit (aus ihrer Erfahrung k?nne das gut und gerne zwei bis vier Jahre dauern) in einer verl?sslichen, kontinuierlichen therapeutischen Beziehung eingebunden, aber im Alltag integriert, gef?rdert und gefordert an sich arbeiteten. Die Therapie verlaufe nicht gradlinig. Es gebe Erfolgserlebnisse und R?ckschl?ge (Urk. 3).

3.7???? Am 2. September 2012 berichtete die Psychotherapeutin A.\_\_\_\_, in Anbetracht der Befindlichkeit der Beschwerdeführerin vor zwei Jahren seien viele kleinere und gr?ssere Schritte in verschiedenen Bereichen erarbeitet und gemacht worden. Aber trotz viel innerer Arbeit sei die Beschwerdeführerin nach wie vor nicht gesund und belastbar genug, um den Alltag ohne Behandlung zu bestehen. Es w?rden wichtige schulische, berufliche und pers?nliche Entwicklungsschritte anstehen. Dies heisse, dass sie weiterhin regelm?ssig Psychotherapie brauche. Therapien, besonders im Kindes- und Jugendalter, gingen oftmals ?ber Jahre (Urk. 9).

#### **E. 4**

4.1???? Aus den medizinischen Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin an einer Bulimia nervosa sowie einer depressiven Erkrankung leidet. Dass es sich hierbei - wie die Beschwerdeführerin geltend macht - um ein ernsthaftes und behandlungsbed?rftiges Krankheitsbild handelt, welches die Ausbildung und sp?tere Erwerbsf?higkeit erheblich behindern kann, wird von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt und erscheint ohne Weiteres nachvollziehbar. Festzuhalten ist jedoch, dass die Beschwerdegegnerin auch eine notwendige Behandlung nur unter gewissen Voraussetzungen zu ?bernehmen hat, andernfalls diese in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung f?llt (vgl. Erw. 1). Zu pr?fen ist daher, ob hinsichtlich des Erfolges einer Psychotherapie eine g?nstige Prognose

gestellt werden kann bzw. deren Dauer voraussichtlich begrenzt ist.

4.2???? Es gibt psychische Leiden, welche nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ohne dauernde Behandlung nicht gebessert werden können. Dies trifft in der Regel unter anderem bei Schizophrenien und manisch-depressiven Psychosen zu (BGE 100 V 44 Erw. 2a). Diese Behandlung fällt nach der in Erw?gung 1.2 dargelegten Rechtsprechung nicht in den Bereich der Invalidenversicherung. Denn es geht in diesen Fällen nicht um einen "einstweilen noch labilen Leidenscharakter", sondern um eine dauernde Behandlung des Leidens, von welcher nicht mehr gesagt werden kann, sie diene (auch) der beruflichen Eingliederung. Es fehlt somit am Eingliederungscharakter der Therapie. Da die Behandlungsbed?rftigkeit in diesen Fällen auch im Erwachsenenalter unver?ndert andauert, besteht kein Grund, die speziell f?r Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr geltende Praxis anzuwenden. Es kann somit in diesem Zusammenhang nicht von einer rechtsungleichen Behandlung gesprochen werden.

4.3???? Andere Krankheiten nehmen nach medizinischen Erkenntnissen einen individuell unterschiedlichen Verlauf. Dies ist beispielsweise bei der Bulimia nervosa der Fall, welche zur totalen Remission f?hren, aber auch chronische Varianten aufweisen kann. Von einer Heilung l?sst sich nur bei 47.5 % sprechen. Eine partielle Besserung tritt bei 26 % der Patienten ein, und 26 % zeigen einen chronifizierten Krankheitsverlauf. Depressive Symptome wurden bei 25 % und Substanzmissbrauch bei 15 % sowie Angstst?rungen bei 13 % der Patienten bei Katamnese beobachtet. Klinische Beobachtungen verweisen auf chronisch intermittierende Verl?ufe ?ber viele Jahre, wobei ?Fressphasen? mit Fasten, Di?t und normalem Essen alternieren k?nnen. Die Prognose der Bulimie ist durch Behandlungswiderstand, k?rperliche Komplikationen, Alkoholmissbrauch sowie Depression und Suizidgefahr beeintr?chtigt (Hans-Christoph Steinhausen, Psychische St?rungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5. Auflage, M?chen 2002, S. 171 f.).

4.4???? Aus den medizinischen Berichten ergibt sich, dass bei der Beschwerdef?hrerin nach dem Tod der Schwester im Oktober 2007 eine depressive Entwicklung mit Schlafst?rungen und Isolationstendenzen sowie eine massive Essst?rung begonnen haben. Seit Dezember 2009 steht die Beschwerdef?hrerin bei der Psychotherapeutin A.\_\_\_\_ in Behandlung. Von M?rz bis Oktober 2010 befand sich die Beschwerdef?hrerin sodann station?r im C.\_\_\_\_, wo sie an intensiven Therapien teilnahm. Trotz der im massgebenden Zeitpunkt der Verf?gung vom 6. September 2011 bereits l?nger andauernden, teilweisen sehr intensiven Therapie traten die Symptome der Essst?rung im Juni 2011 nach wie vor phasenweise mehrmals t?glich auf und litt die Beschwerdef?hrerin noch an einer mittelgradigen Depression (vgl. Erw. 3.4). Die Therapeutin berichtete denn auch von einem wellenartigen Therapieverlauf (vgl. Erw. 3.6), was sich mit der Beobachtung von Dr. Z.\_\_\_\_ deckt (vgl. Erw. 3.1), und beschrieb die Befindlichkeit der Beschwerdef?hrerin als sehr fragile und die Gegenwartsbew?ltigung als schwierig (vgl. Erw. 3.3). Daraus ergibt sich der Eindruck, dass die Essst?rung wie auch die depressive Erkrankung persistieren und Fortschritte nur im Kleinen verzeichnet werden k?nnen. Auf jeden Fall l?sst sich den Berichten der Therapeutin keine stabilisierte Besserung der psychischen Beschwerden entnehmen. Entsprechend legte sich die Therapeutin in ihren Berichten vom 10. Mai und 2. Juni 2011 auch nicht auf einen klar umrissenen, zeitlichen Behandlungsrahmen fest. Vielmehr erachtete sie eine Psychotherapie bis auf Weiteres als notwendig. Erst nach abschl?gigem Vorbescheid vermochte sie sich auf eine Behandlungsdauer von ein bis vier Jahre festlegen

(vgl. Erw. 3.5 und 3.6). Im letzten eingereichten Bericht vom 2. September 2012 ist wiederum die Rede von weiterhin regelmässiger Psychotherapie ohne zeitliche Befristung (vgl. Erw. 3.7). Weiter bleiben die Berichte der Therapeutin auch hinsichtlich einer konkreten Prognose unbestimmt. Entgegen ihrem Vorbringen wurde im Rahmen der von ihr geforderten Prognose kein Erfolgsversprechen im Sinne einer ganzen Heilung oder grossstmöglichen Besserung erwartet (Urk. 3 S. 2), sondern eine Einschätzung, ob im konkreten Fall der Beschwerdeführerin mit einem in nächster Zukunft positiven Heilungsverlauf gerechnet werden kann. Eine solche Beurteilung hat die Psychotherapeutin A. \_\_\_ zu keiner Zeit abgegeben, woraus zu schliessen ist, dass keine positive Prognose möglich ist, was angesichts der in Erwägung 4.3 zitierten medizinischen Erkenntnissen zur Prognose der Bulimia nervosa gepaart mit einer depressiven Erkrankung nachvollziehbar ist. Dies wiederum spricht für ein nach wie vor labiles Krankheitsgeschehen, welches nicht in naher Zukunft zu einem Defektzustand führt, womit es sich bei der in Frage stehenden Psychotherapie um eine langandauernde Behandlung des Leidens an sich handelt. Fehlt es somit an dem von Art. 12 Abs. 1 IVG geforderten Eingliederungscharakter, gehört die Massnahme nicht in den Bereich der Invalidenversicherung.

4.5???? Die Verfügung vom 6. September 2011 erweist sich damit als rechtsens und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.?????? Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

???????? Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 500.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Y. \_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 9

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.???????? Gegen diesen Entscheid 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.