

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00021 vom 2. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2008.00021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2008.00021)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00021 du 2 mars 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00021 del 2 marzo 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Artikeln 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Diese Leistungen umfassen nicht nur die ärztlichen Leistungen für die Diagnose und Behandlung, sondern auch Leistungen von Personen, die auf ärztliche Anordnung erbracht werden, wie namentlich die ärztlich angeordneten physiotherapeutischen Behandlungen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG in Verbindung mit Art. 46 f. der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV, und Art. 5 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern, EDI, über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV).

Dabei haben die von nichtärztlichen Leistungserbringern applizierten Heil-anwendungen eine positive und abschliessende Aufzählung in den Art. 5 ff. KLV erfahren (BGE 129 V 172 Erw. 3.4).

Im Besonderen bestimmt Art. 5 Abs. 4 KLV im Hinblick auf die Physiotherapie, dass der behandelnde Arzt - soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden - dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten hat. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dabei ist eine Leistung im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt. Der Begriff der Wirksamkeit definiert sich in erster Linie vom Ziel her, auf welches die in Frage stehende Massnahme gerichtet ist. Dagegen differenziert er nicht danach, ob es um die Bekämpfung der Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigung geht oder um die Behandlung der Symptome der Krankheit. Diese Unterscheidung ebenso wie die Dauer des Erfolges der Massnahme sind erst, aber immerhin bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit von

Bedeutung. Unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit der Leistung als Voraussetzung für deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist somit nicht in erster Linie die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung (Beschwerdefreiheit und/oder Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen Funktionalität) objektiv erreichbar ist (BGE 130 V 304 Erw. 6.1 und Erw. 6.2.1.1 mit Hinweisen; vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, 2. Auf-lage, Basel 2006, S. 494 Rz 291).

Ob eine Leistung zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung. Die Zweckmässigkeit fragt unter anderem nach der medizinischen Indikation der Leistung. Nach denselben Kriterien beurteilt sich, welche von zwei unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit alternativ in Betracht fallenden medizinischen Massnahmen die zweckmässigere ist und im Hinblick auf den Umfang der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu wählen ist (BGE 130 V 304 Erw. 6.1 mit Hinweisen).

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt sodann, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. Erw. 3a+b mit Hinweisen; vgl. Eugster, a.a.O., S. 495 ff. Rz 297 ff.).

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt ferner im Rahmen der Krankenpflege die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV). Darunter fallen Massnahmen der Grundpflege, insbesondere die allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV).

Für diese in Pflegeheimen erbrachten Leistungen rechnet der Krankenversicherer nach besonderen Tarifen ab (Art. 9 Abs. 4 KLV).

## E. 2

Ä

Die Beschwerdegegnerin hielt zur Begründung ihres Entscheides fest, nach 36 Physiotherapiesitzungen habe der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Vertrauensarzt Dr. D. \_\_\_ habe die Fortsetzung abgelehnt, zumal es gemäss Art. 7 KLV Sache der Heimpflege sei, die ärztlicherseits genannten Ziele der Physiotherapie mittels geeigneter Massnahmen zu verwirklichen. Die hier fragliche Pflege sei bereits in der Grundpflege enthalten und mit der

Pauschale gemäss Tarifvereinbarung seien alle von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden pflegerischen Leistungen abgegolten. Daran ändere die angebliche Überbelastung des Heimpersonals nichts. Diese Aufgaben können nicht oder nur in absoluten Ausnahmefällen auf eine zusätzliche Physiotherapie delegiert werden. Eine auf Dauer angelegte Kumulation von Pflegeheim- und Physiotherapiekosten sei nicht gerechtfertigt. Die soziale Krankenversicherung garantiere eine angemessene medizinische Versorgung auf hohem Niveau, aber nicht das denkbare Maximum ohne Rücksicht auf die Kosten. Hier handle es sich in Anbetracht der angebotenen Dauerbehandlung nicht mehr um eine wirksame und wirtschaftliche Behandlung (Urk. 2 S. 2, Urk. 6 S. 3 und S. 6).

Weiter wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass die Physiotherapie nur unter den in Art. 5 KLV genannten Voraussetzungen zu übernehmen sei. Wenn eine versicherte Person bereits in einem Pflegeheim betreut werde, habe die Wirtschaftlichkeitsprüfung umso eingeschränkter auszufallen (Urk. 6 S. 5). Im Konkreten sei nicht auszumachen, dass die Physiotherapie eine dauerhafte Stabilisierung und namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Sinne eines Behandlungserfolges garantiere (Urk. 6 S. 5 f.). Die fragliche Behandlung stelle eine privilegierte Intensivbehandlung mit präventivem Charakter dar, was die Leistungspflicht des Krankenversicherers sprengt (Urk. 6 S. 6).

2.2 Dagegen vertrat die Versicherte den Standpunkt, das Pflegepersonal des Alters- und Pflegeheimes B. sei nicht genügend ausgebildet zur Durchführung der hier erforderlichen Physiotherapie. Diese falle auch nicht in ihren Kompetenzbereich. Auf die Empfehlung des Vertrauensarztes könne nicht abgestellt werden, da er sich als Facharzt für Rechtsmedizin nicht adäquat zu den sich hier stellenden medizinischen Fragen äussern könne. Die verlangten physiotherapeutischen Massnahmen wie die Stoffwechselformen, spezifische Koordinationsübungen und Gleichgewichtstraining zählten nicht zu den Bewegungsübungen und Mobilitätsmassnahmen, welche durch das Pflegepersonal zu erbringen seien. Die behandelnden Neurologen erachteten die Dauertherapie als notwendig zwecks Verbesserung der Stand- und Gangfähigkeit zur Vermeidung intermedizinerischer Komplikationen und Kontrakturen. Dank der intensiven Physiotherapie habe die Versicherte grosse Fortschritte gemacht; sie sei weniger spastisch und beweglicher und für das Pflegepersonal leichter zu mobilisieren. Die Fortführung der Physiotherapie diene rehabilitativen Zwecken und der Erhaltung der schon sehr eingeschränkten Mobilität von A.; andernfalls drohe eine akute und massive Verschlechterung ihres Gesundheits- und Allgemeinzustandes. Die Beschwerdegegnerin habe auch nicht begründet, inwieweit die ärztlich angeordnete Physiotherapie nicht wirtschaftlich im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG sei (Urk. 1 S. 4 ff).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist, ob und in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung über die am 31. August 2007 zugesprochenen sechs Sitzungen Physiotherapie (Urk. 7/12) hinaus leistungspflichtig ist.

### E. 3

3.1 Der Sohn der Versicherten, Dr. Y., diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 21. August 2007 unter anderem einen Status nach Debridement bei phlegmonöser Veränderung, ein lumbospondylogenes Syndrom und einen Verdacht auf

Lewy-Body-Krankheit, das heisst auf eine Demenz (Urk. 7/9 S. 1). Bei letzterem sei von einem nicht definitiv klassifizierbaren neurologischen Leiden auszugehen. Dr. Y.\_\_\_\_ beschrieb einen langsam progredienten Verlauf. Die Beschwerden hätten bereits zu Beginn der Behandlung in etwa gleichem Umfang bestanden. Unter Therapie gelinge eine gewisse Stabilisierung der Verhältnisse, wodurch Komplikationen wie Kontrakturen, Decubitalprobleme etc. vermieden werden könnten. Die Therapie bringe in Bezug auf unweigerlich fortschreitende Störungen bei Pflegeabhängigen grosse Vorteile und sei als wesentlicher Teil eines nun abgeheilten Decubitus anzusehen. Weiter garantiere die Therapeutin einen fachkundigen Umgang mit der operierten Spinalkanalstenose. Diese präventive Form der Therapie sei bis auf weiteres erforderlich (Urk. 7/9 S. 2). Der Ersatz der speziell geschulten Kraft durch nicht entsprechend ausgebildetes Personal komme einer Sistierung der Therapie gleich (Urk. 7/9 S. 3).

3.2. Am 30. August 2007 bestätigte Dr. D.\_\_\_\_, dass die Versicherte an einer besonderen Demenzkrankheit leide, die zu einer derartigen Gangunsicherheit geführt habe, dass sie auf einen Rollstuhl angewiesen sei. Das Gehen sei nur noch unter Aufsicht und Hilfe möglich. Ziel der Physiotherapie sei in erster Linie die Mobilisation zur Vermeidung von Decubitus. Wenn sich die Versicherte im Heim aufhalte, könne er nur noch eine Serie von sechs Physiotherapiesitzungen beauftragen, während denen das Pflegepersonal durch die Physiotherapeutin zu instruieren sei (Urk. 7/11).

3.3. Am 6. September 2007 nannte Dr. Y.\_\_\_\_ neben der massiven Gangunsicherheit eine zunehmende zeitliche Orientierungsstörung und eine allgemeine Schwäche. Die Versicherte könne weder aus sitzender noch aus liegender Position aufstehen. Sie sei bereits im März 2007 gestürzt, was nunmehr zu vermeiden sei. Ohne Physiotherapie habe A.\_\_\_\_ mit Komplikationen (Decubitus, Kontrakturen, rezidivierende Infekte und progrediente Schwäche) zu rechnen. Die von der Physiotherapeutin angewandten Techniken könnten dem Pflegepersonal auch nicht vermittelt werden, zumal das Pflegepersonal ohnehin überlastet sei. Nur bei Fortsetzung der Therapie könnten ein einigermaßen stabiler Zustand erreicht und Komplikationen vermieden werden (Urk. 7/13).

3.4. Dr. D.\_\_\_\_ ergänzte am 13. September 2007, dass gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV das Lagern, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe sowie Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedürftigen Schädigungen der Haut ins Pflichtenheft des Pflegepersonals falle, wobei das Pflegeheim hierfür auch Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung abrechne (Urk. 7/15).

3.5. Am 15. November 2007 wiederholte Dr. Y.\_\_\_\_ bei gestellter Diagnose, dass Physiotherapie notwendig sei und dass die notwendigen Therapien nicht durch das Pflegepersonal erbracht werden könnten (Urk. 7/20).

Dem stimmte E.\_\_\_\_, Leiter Pflege und Betreuung des Alters- und Pflegeheimes B.\_\_\_\_, im Schreiben vom 8. April 2008 zu. Ferner erklärte er, dass Stoffwechsellernen, Koordinationsübungen, Gleichgewichtstraining, Lockerung von Spastizität vorab in den Beinen und Atemtherapie nicht in den Kompetenzbereich des Pflegepersonals falle, das hierfür auch nicht ausgebildet sei. Diese Behandlung gehe über die durch Dr. D.\_\_\_\_ beschriebene allgemeine Grundpflege hinaus (Urk. 3/2).

#### E. 4

4.1 Aufgrund der Akten ist zwar nicht zweifelsfrei ausgewiesen, dass die Versicherte anlässlich der Anfrage bei Dr. Y. am 20. August 2007 (Urk. 7/7) bereits mit 36 Sitzungen Physiotherapie behandelt worden war. Die Beschwerdegegnerin hat dies im angefochtenen Entscheid erwähnt (Urk. 2 S. 2) und die Versicherte hat diesen Umstand nicht konkret bestritten, sondern darauf hingewiesen, dass am 31. August 2007 (vgl. Urk. 7/12) lediglich 6 Sitzungen bewilligt worden seien (Urk. 1 S. 8 f.).

Allerdings kann ausgeschlossen werden, dass dies die ersten vom obligatorischen Krankenversicherer übernommenen Behandlungen waren, denn ausgewiesenermassen wurden wenigstens in der Zeit vom 26. Juni bis 7. August 2007 physiotherapeutische Leistungen erbracht und in Rechnung gestellt (Urk. 7/6). Diese Rechnung enthält im übrigen den Hinweis «Langzeittherapie» und dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 20. August 2007 ist zu entnehmen, dass die Versicherte seit längerer Zeit in physiotherapeutischer Behandlung steht (Urk. 7/7).

Somit darf davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Anfrage bei Dr. Y. schon für 36 Sitzungen aufgekommen war, so dass sie weitere Behandlungen nur unter der Voraussetzung von Art. 5 Abs. 4 KLV zu übernehmen hat.

Zu prüfen ist sodann, ob die von Dr. Y. angeordneten Massnahmen bereits im Leistungskatalog der allgemeinen Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV enthalten sind, womit der Krankenversicherer die Behandlung im Rahmen des Pflegebeitrages nach dem Tarif für den Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 50 KVG) beziehungsweise im Rahmen des Globalbudgets für Pflegeheime (Art. 51 KVG) abzurechnen hat.

Aufgrund der Aktenlage ist erstellt, dass die Versicherte der Behandlung ihrer demenzähnlichen Krankheit, der Hautentzündung und der Rückenbeschwerden (vgl. Urk. 7/9 S. 1) bedurfte. Gemäss Dr. Y. wurde sie mit verschiedenen Therapietechniken zur Mobilisierung behandelt, namentlich der Bobath Technik, mithin eine Krankengymnastik, die bei Gehirnschädigung und Spastik eingesetzt wird (Psychembel, 259. Auflage, S. 230). Die Therapie diente laut Bericht vom 21. August 2007 im Besonderen der Dekubitusprophylaxe und dem Vorbeugen von Kontrakturen (Urk. 7/9 S. 2).

Den Ausführungen von Dr. Y. ist jedoch zu entnehmen, dass trotz den stattgehabten physiotherapeutischen Behandlungen ein langsam progredienter Verlauf zu verzeichnen war. Dr. Y. meinte sodann, die Ausprägung der Ausfälle und Unsicherheiten dürften bereits zu Beginn der Behandlung in knapp gleichem Umfang bestanden haben. Weiter legte er dar, dass das Gehen nur noch unter strenger Aufsicht mit einem Rollstuhl oder Rollator möglich sei. Dank der Physiotherapie hätten sich die Verhältnisse stabilisiert (Urk. 7/9 S. 2).

Unter diesen Umständen ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Physiotherapie wirksam war. Es kann bestenfalls von einer Stabilisierung der Verhältnisse, nicht jedoch von einem Heilungserfolg im Sinne einer Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit gesprochen werden. Insbesondere ist nicht erstellt, dass die Physiotherapie aus medizinischer Sicht zur Heilung der Beschwerden beziehungsweise zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten unentbehrlich und unvermeidlich war, zumal die bereits gewährte Physiotherapie einen

progredienten Krankheitsverlauf auch nicht abzuwenden vermochte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem kann die physiotherapeutische Behandlung auch nicht als wirtschaftlich erachtet werden. Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass der Verordnungsgeber die Physiotherapie bewusst nicht ohne weiteres als Dauertherapie zulassen, sondern mit der Positivliste von Art. 5 Abs. 4 KLV nach 36 Sitzungen einschränken und lediglich mit der Zustimmung des Vertrauensarztes gewähren wollte. Dieser hat sicherzustellen, dass nicht über das erforderliche Mass therapiert wird (Eugster, a.a.O., S. 520 Rz 368), was im Folgenden zu berücksichtigen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die anhaltende Behandlung mit Physiotherapie kann unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit nur zugelassen werden, wenn das Therapieziel nicht mit Behandlungsalternativen kostengünstiger erreicht werden kann (Eugster, a.a.O., S. 495 Rz 297 und S. 589 Rz 570).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dabei fällt hier ins Gewicht, dass Bewegungsübungen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe und Massnahmen zur Verhütung von Schädigungen der Haut bereits im Rahmen der Grundpflege des Pflegeheims erbracht werden müssen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb mit diesen Behandlungen nicht wenigstens vergleichbare therapeutische Ergebnisse zu erzielen sind. Unstreitig kann das Pflegepersonal keine eigentliche Physiotherapie erbringen. Doch war es im Konkreten durchaus zumutbar, dass die Physiotherapeutin das Pflegepersonal während den am 31. August 2007 noch gewährten Physiotherapiesitzungen gezielt in die für die Versicherte geeigneten Bewegungs- und Mobilisierungsübungen einführte, damit diese in die tägliche Grundpflege einfließen konnten zur Erreichung des nämlichen Behandlungszieles. Dass das Pflegepersonal für eine derartige zielgerichtete Grundpflege ungenügend ausgebildet wäre, leuchtet mit Blick auf ihre Aufgaben in der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) nicht ein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Grundpflege, die das Pflegepersonal der Versicherten zweifelsohne ange-deihen liess (vgl. Urk. 3/3), ist zwar im Vergleich zur Physiotherapie nicht optimal und subjektiv für die Versicherte wohl weniger wohltuend. Doch besteht unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit bei vergleichbaren Behandlungen von vornherein nur Anspruch auf den geringstmöglichen Aufwand (Eugster, a.a.O., S. 589 Rz 570).

4.5 Ä Ä Ä Ä Die dementsprechende Beurteilung des Vertrauensarztes wird durch den Bericht von Dr. Y. \_\_\_ nicht in Zweifel gezogen, zumal seine Einschätzung angesichts seiner verwandtschaftlichen Beziehung zur Versicherten, ähnlich wie jene eines behandelnden Arztes, beweisrechtlich mit einer gewissen Zurückhaltung zu wärdigen ist (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Immerhin bleibt anzumerken, dass die von E. \_\_\_ beschriebenen physio-therapeutischen Behandlungen (Urk. 3/2) als solche auch von Dr. Y. \_\_\_ nicht als notwendig verschrieben wurden (Urk. 7/9).

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten bestand für die Beschwerdegegnerin für weitergehende physiotherapeutische Behandlungen keine Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht beschliesst:

Von der Änderung des Rubrums wird Vormerk genommen.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Peter Häbner

- SLKK Schweizerische Lehrerkrankenkasse

- Bundesamt für Gesundheit

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.