

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00027 vom 7. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2010.00027

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00027 du 7 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2010.00027 del 7 settembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin forderte zur Begründung ihres Entscheids aus, selbst wenn es sich vorliegend um eine Anschlussbehandlung zur Behandlung von 2003 handle, sei es erforderlich, dass ein Krankheitsgeschehen gegeben sei. Gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung sei dies nicht der Fall. Die Gesichtasymmetrie der Beschwerdeführerin, wie sie sich auf den Bildern darstelle, entspreche in ihrem Ausprägungsgrad nicht den gesetzlichen Anforderungen. Sie sei erst bei genauem und bewusstem Hinsehen erkennbar. Leichte Gesichtasymmetrien kämen regelmässig vor.

Der von der Beschwerdeführerin als rein ästhetisch empfundene Mangel sei kein Kriterium für die Leistungspflicht. Der ästhetische Mangel verursache auch keine anderweitigen Beschwerden mit Krankheitswert. Der behandelnde Psychiater Dr. B., der die Beschwerdeführerin seit 2002 behandle, habe die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt. Nach vertrauensärztlicher Auffassung sei ein Kausalzusammenhang zwischen der Gesichtasymmetrie und der psychischen Beeinträchtigung nicht überwiegend wahrscheinlich. Die psychischen Beschwerden seien bereits vor der Operation aufgetreten. Diese gründeten in den beruflichen und familiären Umständen der Beschwerdeführerin und könnten durch die gewünschte Operation nicht behoben werden.

Bei einer mittelgradigen depressiven Episode könne nicht von erheblichen Beschwerden ausgegangen werden, die die ästhetischen Motive in den Hintergrund drängten. Die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Kiefergelenksbeschwerden liessen sich gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung durch die gewünschte Operation nicht beheben. Hierfür seien konservative Massnahmen angezeigt (Urk. 2 S. 2 f., Urk. 13 S. 9 ff. Ziff. 6 f., Urk. 22 S. 2 f.).

3.2 Die Beschwerdeführerin machte geltend, es liege eine radiologisch festgestellte erhebliche Gesichtasymmetrie vor. Der Oberkiefer weise eine Abweichung von 4 mm nach links auf und der Unterkiefer eine solche von 8 mm. Auch die Okklusion zeige eine ähnliche Asymmetrie mit Abweichung nach links. Die Mittellinie der Front des Unterkiefers sei bezüglich der Front am Oberkiefer um 4 mm nach links verschoben. Der Zustand sei behandlungsbedürftig. Die Asymmetrie werde von jedermann bemerkt. Dies stelle für die Beschwerdeführerin eine erhebliche psychische Belastung dar. Die aktuelle Situation am Kiefergelenk sei zudem mit erheblichen Schmerzen verbunden. Die Kieferbeschwerden führten ferner auch zu starken Kopfschmerzen.

Die Beschwerdegegnerin halte den begründeten Darlegungen von Dr. E. und Dr. B. lediglich eine kurze vertrauensärztliche Ferndiagnose entgegen,

gemäss der nur eine geringfügige Asymmetrie vorliege.

Nach KLV bestehe bei schweren Gesichtasymmetrien Anspruch auf Ersatz der Behandlungskosten, ebenso bei Vorliegen von Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates, insbesondere bei einer Kieferarthrose. Der Behandlungsanspruch sei zeitlich nicht eingeschränkt. Solange eine Behandlung nicht abgeschlossen sei, bestehe Anspruch auf Kostenersatz. Die Behandlung der dentoskelettalen Kieferstellung mit schwerer Schädel-Gesichts-Asymmetrie habe bis heute nicht abgeschlossen werden können. Vorliegend handle es sich um eine Komplikation des Ersteingriffs von 2003 (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 17 ff., Urk. 7, Urk. 17 S. 3 f. Ziff. 7 ff.).

E. 4

4.1 Dr. med. Dr. med. dent. I. ____, Kiefer- und Gesichtschirurgie, führte im Bericht vom 10. Oktober 2001 aus, die Beschwerdeführerin leide an einer komplexen dentoskelettalen Dysgnathie mit bimaxillärer Retrognathie und einem Tiefbiss. Neben der gestörten Kaufunktion bestehe eine massive Arthropathie beider Kiefergelenke mit pathologischen Gelenksgeräuschen und -schmerzen. Inwieweit die ebenfalls bestehende Depression durch die Arthropathie verstärkt werde, sei nicht abschätzbar. Die optimale Behandlung umfasse die Korrektur der Kieferstellung. Dazu seien folgende Schritte erforderlich: die kieferorthopädische Vorkoordination beider Zahnbögen mit festsitzender kieferorthopädischer Apparatur durch Dr. med. dent. J. ____, Kieferorthopädin SSO (vgl. Urk. 14/9), sowie eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie (Le Fort I-Osteotomie und bilaterale sagittale Spaltung und Genioplastik) am Universitätsklinikum Zürich (Urk. 14/3).

4.2 Der operative Eingriff erfolgte am 25. Februar 2003 in der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Klinik R. ____. Zur Entfernung des störenden Osteosynthesematerials wurde ein weiterer Eingriff empfohlen (Urk. 14/10). Am 14. Oktober 2003 teilte Dr. med. dent. K. ____, Kieferorthopäde SSO, Nachfolger von Dr. J. __ (vgl. Urk. 14/11), mit, die Behandlung sei abgeschlossen (Urk. 14/13).

4.3 Für die beiden operativen Eingriffe und für die damit zusammenhängende Behandlung durch Dr. J. __ und Dr. K. __ leistete die Beschwerdeführerin Kostengutsprache (Urk. 14/8, Urk. 14/15, Urk. 14/19).

E. 5

5.1 Das 2005 gestellte Kostengutsprachege such begründete Dr. D. __ damit, als Folge des Hähernehmens des Oberkiefers sei es zu einer asymmetrischen Verbreiterung der Nase gekommen, und es sei eine Asymmetrie im Bereiche des Jochbeins und der Fossa canina entstanden. Mit der Entfernung des Osteosynthesematerials, eventuell durch Beschleifen des paranasalen Knochens, könne die Situation deutlich verbessert werden. Zudem bestehe eine Doppellippe. Dort sei das Abtragen der überschüssigen Schleimhaut vorgesehen. Ferner bestehe eine Asymmetrie im Bereich des Unterkiefers, wo eine symmetrisierende Kinnosteotomie vorgesehen sei (Urk. 14/22).

5.2

5.2.1 Der Psychiater Dr. B. __ berichtete am 21. Juni 2005, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung und einer mittelgradigen depressiven Episode. Des Weiteren liege aufgrund der teilweise misslungenen Operation von 2003 eine

narzisstische Kränkung vor (Urk. 14/20 S. 4).

Er betreue die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren in unregelmässigen Abständen. Sie sei eine portugiesische Emigrantin und arbeite als Reinigerin. Sie sei ihrer Arbeit stets zuverlässig nachgegangen. Mit Ausübung einer Zweitarbeit im selben Bereich habe sie sich zeitweise überfordert. Die Ehe sei wenig glücklich verlaufen. Der Ehemann verhalte sich ihr gegenüber patriarchalisch, lasse ihr keine Freiheiten und führe sie auch nie aus. Versuche, ihn mittels Protesten zu einer Änderung seines Verhaltens zu veranlassen, seien bisher gescheitert. Den Charakter ihres Ehemannes habe sie vor der Heirat schon gekannt, doch habe sie sich aufgrund der Moralvorstellungen ihres Herkunftslandes durch das voreheliche Zusammenleben mit ihm zur Eheschliessung verpflichtet gefühlt. Die geschilderten Probleme seien Gegenstand verschiedener Serien von Gesprächssitzungen gewesen.

Das Hauptproblem in psychischer Hinsicht sei die bei der Operation von 2003 entstandene Verunstaltung im Gesicht. Die Operation habe ihr Gesicht eindeutig negativ verändert. Für die Beschwerdeführerin habe dies zu einem schweren Einbruch in ihrem Selbstwertgefühl geführt. Ihre Gedanken kreisten seither unablässig um dieses Thema. Sie empfinde sich als hässlich und stark entwertet. Die Ärzte des Universitätsspitals Zürich hätten es abgelehnt, das unbefriedigende Resultat der Behandlung anzuerkennen. Nach dieser Absage habe die narzisstische Kränkung ihren Höhepunkt erreicht. Sie sei völlig verzweifelt gewesen und habe keinen Sinn mehr im Leben gesehen. Nach persönlichen und beruflichen Enttäuschungen habe sie sich ihres höchsten Gutes, ihrer Schönheit, beraubt gesehen (Urk. 14/20 S. 1 ff.).

5.2.2. Im Bericht vom 18. September 2009 führte Dr. B. aus, die Kostenübernahme sei aufgrund der psychischen Belastung durch den misslungenen operativen Eingriff, aufgrund der institutionellen Widerstände auf dem Weg zur weiteren Operation, aufgrund von Schmerzen beim Essen und aufgrund der 2003 entstandenen Neigung zu einer verstopften Nase angezeigt.

Nach der Operation habe sich das Selbstbild der Beschwerdeführerin gewandelt. Zuvor sei sie eine junge, schöne und schlanke Frau gewesen. Nach der misslungenen Operation sei ihr Gesicht nun asymmetrisch und entstellt. Sie fühle sich nicht mehr jung und schön und sie habe zugenommen, weswegen sie von ihrem Mann gehänselt werde. Ständig kreisten ihre Gedanken um dieses Thema. Die psychische Belastung zeige sich als klinisch fassbare Depression. Des Weiteren verspüre sie besonders bei harter Nahrung Schmerzen über den Kiefergelenken, die auch in den Kopf ausstrahlten (Urk. 14/42 S. 3 ff.).

5.3.1.

Dr. E. führte am 5. Juni 2008 aus, aufgrund eines komplizierten Verlaufs der Operation von 2003 habe die Kiefersymmetrie nicht erreicht werden können, so dass postoperativ eine sichtbare Gesichtsymmetrie bestehe. Dental sei die skelettale Asymmetrie kompensiert, so dass eine verdrehte Okklusion nach links vorhanden sei. Diese Gesichtsymmetrie stelle eine erhebliche Belastung für die Beschwerdeführerin dar, da die Asymmetrie von jedermann bemerkt werde. Eine Korrektur der Komplikation des Ersteingriffs sei auf jeden Fall angezeigt (Urk. 14/28/1 S. 1).

5.3.2.1 Am 16. Mai 2008 führte Dr. E. ___ zu Händen des Vertreters der Beschwerdeführerin aus, bei Status nach komplexer bimaxillärer Osteotomie und Mentoplastik bestehe eine bildgebend nachgewiesene, deutliche Gesichtasymmetrie. Der Oberkiefer weise eine Abweichung von 4 mm nach links und der Unterkiefer eine solche von 8 mm nach links auf. Der Zustand sei behandlungsbedürftig.

2.2.2.2 Zunächst sei eine kieferorthopädische Vorbehandlung mit Nivellierung der Zahnreihen nötig. Nach rund einem Jahr könne mittels bimaxillärer Osteotomie und Kinnplastik die Asymmetrie korrigiert werden. Hernach sei eine kieferorthopädische Nachbehandlung von rund einem halben Jahr Dauer nötig. Die Kosten für die Kieferorthopädie beliefen sich auf rund Fr. 6'000.-- bis Fr. 10'000.-- und die Osteotomie koste einschliesslich stationärem Aufenthalt rund Fr. 30'000.-- (Urk. 14/33/3 S. 1).

5.3.2.2 Im Bericht vom 22. April 2010 führte Dr. E. ___ aus, bei der Beschwerdeführerin habe ursprünglich eine Apertognathie (offener Biss) mit asymmetrischem Gummy Smile (Zahnfleischlachen) bei einer Klasse II Verzahnung bestanden. Es sei daher eine kombiniert kieferorthopädisch und kieferchirurgische Behandlung durchgeführt worden. 2003 sei eine bimaxilläre Osteotomie und Mentoplastik in der Klinik R. ___ durchgeführt worden. Nach dem Eingriff verfüge die Beschwerdeführerin zwar über eine akzeptable Okklusion, indessen bestehe eine sichtbare Gesichtasymmetrie.

2.2.2.3 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin sei zum Schluss gekommen, es handle sich nicht um eine schwerwiegende Asymmetrie. Skelettale und dentale Abmessungen zeigten Abweichungen von zwischen 4 mm und 8 mm zwischen Ober- und Unterkiefer. Es bestehe aber keine Okklusionsstörung, weil die Okklusion auf diese Fehlstellung von Ober- und Unterkiefer angepasst worden sei.

2.2.2.4 Die Beschwerdeführerin habe sich guten Glaubens einer Behandlung unterzogen, die nun ein schlechtes Resultat gezeitigt habe. Nun werde sie bestraft, da weder der Haftpflicht- noch der Sozialversicherer für die Kosten einer Korrektur aufkomme (Urk. 8 S. 1 f.).

5.4.1

5.4.1.1 Der Vertrauensarzt Dr. H. ___ fasste am 3. Februar 2009 zusammen, die Fotos der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 14/28/2/1-2) zeigten eine leicht nach links verschobene untere Gesichtshälfte. Das intraorale Foto (Urk. 14/28/3/3) zeige ein gepflegtes Gebiss, bei dem die Unterkiefer-Mittellinie leicht um ein Drittel der Zahnbreite verschoben sei. Die Schädel-Gesichtasymmetrie sei nicht als schwer zu bezeichnen, was ein Konsilium mit einem Kieferorthopäden bestätigt habe. Die erhebliche Arthropathie mit pathologischen Gelenksgeräuschen und -Schmerzen, die die Beschwerdeführerin behaupte, würden durch die eingereichten ärztlichen Unterlagen nicht bestätigt. Die gewünschte Korrektur der Asymmetrie sei ein rein ästhetischer Eingriff, für den keine Leistungspflicht bestehe (Urk. 14/36).

5.4.2.1 In einer weiteren Stellungnahme vom 27. Oktober 2009 führte Dr. H. ___ aus, aufgrund von Komplikationen bei der Operation von 2003 habe die Asymmetrie nicht vollständig beseitigt werden können. Gemäss dem Psychiater Dr. B. ___ leide die Beschwerdeführerin dadurch unter erheblichen psychischen Beschwerden, insbesondere

an einer narzisstischen Kränkung. Laut Dr. B. ___ lägen ebenfalls Kaubeschwerden vor. Auf den Porträtaufnahmen der Beschwerdeführerin sei eine leichte Gesichtasymmetrie mit einer Verschiebung des Ober- und Unterkiefers nach links erkennbar. Eine schwere Schädels-Gesichtasymmetrie, wie sie gemäss Art. 17 lit. f Ziff. 4 (richtig: Ziff. 3) KLV erforderlich sei, liege nicht vor. Bei der von der Beschwerdeführerin gewünschten Operation handle es sich in erster Linie um eine ästhetische Behandlung (Urk. 14/43).

5.5. Dr. med. dent. L. ___, Facharzt für Kieferorthopädie, führte als vertrauensärztlicher Experte am 5. Januar 2010 aus, der Ausprägungsgrad der Asymmetrie, wie sie sich auf den vorhandenen Fotos darstelle, entspreche den Anforderungen von Art. 17 lit. f KLV nicht. Es könne nicht von einer schweren Schädels-Gesichtasymmetrie gesprochen werden. Auch die Situation der Kiefergelenke lasse sich mit dem Eingriff voraussichtlich nicht verbessern, das heisst die Voraussetzungen von Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV seien nicht gegeben. Angezeigt sei eine konservative Behandlung (Urk. 14/45).

6.1.1.

6.1.1. Hauptzweck der von der Beschwerdeführerin gewünschten Behandlung ist die Korrektur der Gesichtasymmetrie. Dies ergibt sich aus den Berichten von Dr. D. ___ und Dr. E. ___ eindeutig (vgl. Urk. 8, Urk. 14/22, Urk. 14/28/1). Beide Ärzte hoben primär die bestehenden ästhetischen Mängel hervor.

6.1.1.1. Im Bericht vom 22. April 2010 wies Dr. E. ___ zusätzlich auf Kiefergelenksbeschwerden hin, beschrieb diese allerdings nicht näher (Urk. 8 S. 2). Dr. B. ___ erwähnte in der Stellungnahme vom 18. September 2009 ebenfalls physische Beschwerden in Form von Schmerzen beim Essen, Schmerzausstrahlungen in den Kopf und die Neigung zu verstopfter Nase (Urk. 14/42 S. 3 und 5). Seit wann diese Beschwerden bestehen, wie häufig sie auftreten und dergleichen ergibt sich aus den Darlegungen von Dr. B. ___ jedoch nicht. Es ist davon auszugehen, dass Dr. B. ___ die Angaben der Beschwerdeführerin wiedergab. Ausgewiesene Komplikationen oder funktionelle Beeinträchtigungen als Folge des Eingriffs von 2003 waren beim Abschluss der Behandlung im Oktober 2003 (vgl. Urk. 14/13) nicht bekannt. Die Beschwerdeführerin machte erst knapp zwei Jahre später nach dem Eingriff über ihren Psychiater Dr. B. ___ erstmals eine für sie unbefriedigende ästhetische Beeinträchtigung als Folge der Behandlung von 2003 geltend und ersuchte um die operative Korrektur zu Lasten der Krankenkasse (vgl. Urk. 14/20).

6.2.1. Die Korrektur ästhetischer Mängel zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung ist gemäss dem in vorstehender Erwägung 2.3 Ausgeführten nur bei weit von der Norm abweichenden Schönheitsfehlern oder bei Entstellungen von erheblichem Ausmass zulässig. Eine Leistungspflicht kann auch gegeben sein, wenn mit kosmetischen Defiziten eine körperliche oder psychosomatische Beeinträchtigung von ausgeprägtem Krankheitswert verbunden ist. Ob im Einzelfall eine Entstellung vorliegt, beurteilt sich nach objektiven Kriterien.

6.3.1. Bei der Beschwerdeführerin besteht unbestrittenermassen eine Gesichtasymmetrie. Diese ist radiologisch nachvollziehbar dokumentiert (Urk. 14/28/3/1-2). Die Porträtaufnahmen der Beschwerdeführerin zeigen, dass die Asymmetrie auch äusserlich erkennbar ist (Urk. 14/28/2/1-2). Allerdings präsentiert sich diese bei objektiver Betrachtung wenig auffallend. Eine einer Entstellung

gleichkommende und sofort für jedermann erkennbare Asymmetrie liegt klarerweise nicht vor.

Die vertrauensärztlichen Beurteilungen mit namentlicher Schlussfolgerung vermögen zu überzeugen. Sowohl Dr. H. ___ als auch Dr. L. ___ standen die Akten und insbesondere die Fotoaufnahmen der Beschwerdeführerin zur Verfügung (Urk. 14/36 u. 14/43 je S. 1, Urk. 14/45). Die Beurteilungen gründen ebenfalls auf einer objektiven Betrachtung.

Die gegenteilige Beurteilung durch Dr. E. ___ und Dr. B. ___ berücksichtigt hingegen in erster Linie die subjektive Sichtweise der Beschwerdeführerin, die die Symmetrie als stark störend empfindet. Objektiv betrachtet ist dies, wie dargelegt wurde, nicht der Fall. Der ästhetische Mangel ist nicht derart ausgeprägt, dass eine Korrektur zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung zulässig wäre.

6.4 Zu prüfen ist, ob im Zusammenhang mit der Gesichtsasymmetrie eine Folgeerkrankung aufgetreten ist. In vorstehender Erwägung 6.1 wurde dargelegt, dass beim Abschluss der Behandlung im Oktober 2003 (vgl. Urk. 14/13) keine Komplikationen oder funktionellen Beeinträchtigungen als Folge des Eingriffs von 2003 aktenkundig sind. Rund zwei Jahre später bemängelte die Beschwerdeführerin in erster Linie das ästhetische Ergebnis der Eingriffe von 2003. Bezüglich weiterer Beschwerden liegen kaum substantiierte Behauptungen vor, auf die nicht weiter einzugehen ist. Hingegen machte die Beschwerdeführerin geltend, im Zusammenhang mit dem für sie unbefriedigenden ästhetischen Behandlungsergebnis sei es zu einer narzisstischen Kränkung gekommen, weswegen sie nun an Depressionen leide.

6.5 Dr. B. ___ diagnostizierte eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode, die auch nach seiner Einschätzung als Folge der Gesichtsasymmetrie aufgetreten ist. Zur Rechtfertigung einer Leistungspflicht in Bezug auf die gewünschte ästhetische Korrektur bedarf es eines ausgeprägten Krankheitswerts. Ob eine mittelgradige depressive Episode diesen Anforderungen entspricht, ist fraglich, zumal die Beschwerdeführerin auf eine medikamentöse antidepressive Behandlung bis jetzt offenbar gut ansprach (Urk. 14/42 S. 4). Mit anderen Worten ist das Leiden auf psychiatrischer Ebene gut behandelbar.

Fest steht zudem, dass die Beschwerdeführerin bereits vor der kieferchirurgischen Behandlung von 2003 wegen depressiver Symptome im Zusammenhang mit psychosozialen Problemkonstellationen (Migrationshintergrund, Probleme am Arbeitsplatz, Probleme mit dem Ehemann und der Familie) bei Dr. B. ___ in Behandlung stand (Urk. 14/20 S. 1). Die Gesichtsasymmetrie kann somit nicht entscheidend für das Auftreten des psychischen Leidens gewesen sein. Dass die ästhetische Problematik die psychische Symptomatik allenfalls verstärkt, reicht nicht aus, um eine Kostenübernahmepflicht für die Gesichtskorrektur zu begründen.

6.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin für die von der Beschwerdeführerin gewünschte Behandlung zur Korrektur der Gesichtsasymmetrie nicht leistungspflichtig ist. Weder ist der ästhetische Mangel gravierend genug noch liegt eine als Folge des Mangels aufgetretene erhebliche Erkrankung vor. Daher entfällt eine Kostenpflicht sowohl als Leistung gestützt auf Art. 25 Abs. 1 KVG als auch im Sinne einer zahnärztlichen Massnahme gemäss Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV. Die gewünschte

Behandlung stellt entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Fortsetzung der Behandlung von 2003 dar, die von der seinerzeitigen Kostengutsprache noch miterfasst wäre. Die damalige Behandlung war im Oktober 2003 abgeschlossen.

Da nach dem Gesagten der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist, ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stefan Wehrenberg

- Mutuel Assurances

- Bundesamt für Gesundheit

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.