

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00025**

## **vom 31. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2016.00025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00025)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00025 du 31 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00025 del 31 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Die 1989 geborene X.\_\_\_\_ war im Jahr 2014 bei der SWICA Krankenversicherung AG (SWICA) obligatorisch krankenpflegeversichert ( Urk.

#### **E. 1.2**

Am 1. September 2015 teilte die CSS der SWICA mit, dass sie den Vertrag mit der Versicherten wegen unzulässiger Doppelversicherung rückwirkend per 1. Januar 2015 aufhebe. Sie habe aber in der Zwischenzeit schon Rechnungen von Leistungserbringern in der Höhe von Fr. 794.50 für Behandlungen der Versicherten in der Zeit vom 26. Januar bis 12. Mai 2015 beglichen. Sie ersuche die SWICA, ihr den für diese Zeit ungerechtfertigt bezahlten Betrag zurückzuerstatten ( Urk. 2/6).

In der daraufhin folgenden Korrespondenz stellte sich die SWICA, zuletzt mit Schreiben vom 5. Januar 2015 (richtig: 2016; Urk. 2/13), auf den Standpunkt, sie habe die CSS am 7. Januar 2015 rechtzeitig darüber informiert, dass ein Versicherungswechsel wegen Zahlungsausständen der Versicherten nicht möglich sei. Zudem bestehe bei der Versicherten ein Leistungsaufschub. Aus diesen Gründen

müsse die SWICA für die von der CSS bezahlten Leistungen nicht aufkommen. Die CSS habe sich dementsprechend mit ihrer Rückforderung an die Versicherte oder die Leistungserbringer zu wenden ( Urk. 6/7, Urk. 6/5, Urk. 6/3, Urk. 6/9; vgl. auch Urk. 2/7, Urk. 6/8, Urk. 6/6, Urk. 6/4 und Urk. 6/2). 2.

Mit Eingabe vom 5. April 2016 erhob die CSS beim Sozialversicherungsgericht Klage gegen die SWICA mit dem Antrag, diese sei zu verpflichten, ihr Fr. 794.50 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 4. April 2016 zu bezahlen ( Urk. 1 S. 2). Mit Klageantwort vom 3. Mai 2016 beantragte die SWICA die Abweisung der Klage und ersuchte darum, die Versicherte zum Verfahren beizuladen (Urk. 5 S. 2). Mit Replik vom 18. Mai 2016 ( Urk. 9) und Duplik vom 14. Juni 2016 (Urk. 12) hielten die Parteien an den von ihnen gestellten Anträgen fest (vgl. auch Urk. 14-16).

Die mit Verfügung vom 15. November 2016 zum Prozess beigelegene X.\_\_\_\_ liess sich innert der ihr angesetzten Frist zur Stellungnahme nicht vernehmen ( Urk. 22 und 23). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die CSS war nicht zum Erlass einer Verfügung gegenüber der SWICA als anderem Krankenversicherer berechtigt. Sie hat sich daher zu Recht direkt an das nach Art. 87 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) örtlich zuständige kantonale Versicherungsgericht gewandt (BGE 130 V 215).

Das Sozialversicherungsgericht ist zur Beurteilung der Klage sachlich und örtlich zuständig, und deren Behandlung fällt beim Streitwert unter Fr. 20'000. - in die einzelrichterliche Kompetenz ( § 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer ).

In Fällen von grundsätzlicher Bedeutung kann jedoch das Verfahren der Kammer zur Behandlung in ordentlicher Besetzung überwiesen werden

( § 11 Abs. 4 GSVGer ). Dies ist in Bezug auf die vorliegende Klage angebracht. Sie ist daher in ordentlicher Besetzung zu beurteilen . 2.

Die Klägerin macht geltend, der Wechsel zu ihr sei gemäss Art. 64a Abs.

## **E. 5**

S. 3). Ein an die Agentur Kloten der CSS adressiertes Schreiben der SWICA vom 7. Januar 2015 bezweckte, auch die CSS darüber in Kenntnis zu setzen, dass die Versicherte der SWICA noch Prämienausstände schulde. Die SWICA ersuchte zudem die CSS darum, den bei der CSS abgeschlossenen Krankenversicherungsvertrag zu stornieren und die Versicherte entsprechend zu informieren ( Urk. 6/13).

### **E. 5.1**

Es steht fest, dass die Beklagte am 22. Juli 2014 der Versicherten den Eingang der Kündigung bestätigt und ihr gleichzeitig mitgeteilt hat, es bestünden noch Prämienausstände. Zudem hat sie die Versicherte darauf hingewiesen, sie könne die von der Beklagten geführte Krankenkasse nur dann per 1. Januar 2015 wechseln, wenn sie die Ausstände bei der Beklagten bis zum 31. Dezember 2014 beglichen habe ( Urk. 6/14). Da die Versicherte die der Beklagten geschuldeten Ausstände trotz dieses Hinweises nicht getilgt hat

( Urk. 5 S. 3), konnte gemäss der gesetzlichen Regelung kein neues Versicherungsverhältnis zur Klägerin entstehen, sondern dieses

bestand von Gesetzes wegen weiterhin mit der Beklagten, namentlich im Zeitraum vom 26. Januar bis 12. Mai 2015, in welchem die Klägerin für Rechnungen von Leistungserbringern im Zusammenhang mit Behandlungen der Versicherten insgesamt Fr. 794.50 aufgewendet hat .

Die Beklagte hielt dafür, sie habe auch die Klägerin am 7. Januar 2015 ordnungsgemäss und rechtzeitig darüber informiert, dass ein Versicherungswechsel wegen Zahlungsausständen der Versicherten nicht möglich sei .

### **E. 5.2**

Das von der Beklagten angeführte Schreiben an die Klägerin vom 7. Januar 2015 ( Urk. 6/13 ) enthielt tatsächlich den in Art. 105I KVV vorgeschriebenen Hinweis, dass die Versicherte weiterhin bei der Beklagten versichert bleibe und kein Wechsel zur Klägerin stattfinden könne, da die zugunsten der Beklagten ausstehenden Beträge nicht respektive nicht rechtzeitig bei der Beklagten eingetroffen seien . Die Klägerin argumentierte jedoch, dieses Schreiben erst gut sieben Monate später, am 18. August 2015 erhalten zu haben. Deshalb sei es betreffend den im vorliegenden Verfahren massgeblichen Zeitraum in Bezug auf die eingeklagte Forderung unwirksam geblieben ( Urk. 1 S. 3 Erwägung 4.4 sowie Urk.

## **E. 6**

KVG gar nicht möglich gewesen, wie sie erst im Nachhinein erfahren habe. Die Versicherte sei somit weiterhin bei der Beklagten versichert geblieben, weshalb die Zahlungen der Klägerin von Fr. 794.50 zu Unrecht erfolgt seien.

Die Beklagte argumentiert in eine andere Richtung, aber ebenfalls mit dem Austrittsverbot gemäss Art. 64a KVG. Wegen der Zahlungsausstände der Versicherten habe deren Kündigung des Versicherungsverhältnisses per 1. Januar 2015 gar nie Wirkung entfaltet und hätte die Klägerin die Versicherte infolgedessen nicht als Versicherte aufnehmen und für sie keine Leistungen erbringen dürfen. 3.

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich für Krankenpflege versichern ( Art. 3 Abs. 1 KVG). Sie kann unter den Versicherern frei wählen ( Art. 4 Abs. 1 KVG). Unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist kann sie den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln ( Art.

## **E. 7**

Abs. 5 Satz 2 bzw. Abs. 6 KVG; Urteil des Bundesgerichts 9C\_367/2017 vom 10. November 2017 E. 3.2.2 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur). 5.

### **E. 7.1**

Ein Krankenversicherer kann gegenüber einem andern Krankenversicherer

gerichtlich keinen Rückforderungsanspruch geltend machen, weil Art. 25 Abs. 1 ATSG gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. d KVG auf Streitigkeiten unter Krankenversicherern

keine Anwendung findet ( BG E 138 V 426 E. 4.2). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist indessen dennoch eine direkte Rückabwicklung unter den Krankenversicherern anzustreben, um

Leistungsdoppelbezüge zu verhindern respektive Folgen von Fehlern, welche den Wechsel des Versicherten verunmöglichen haben, rückgängig zu machen. Um dies zu realisieren, steht

dem

vermeintlichen gegenüber dem tatsächlich zuständigen Krankenversicherer gemäss dem Bundesgericht anstelle eines Rückforderungs- unter Umständen ein Rückforderungsanspruch gestützt auf die analoge Anwendung der Regeln über die unangelegentlichte Bereicherung im Sinne von Artikel 62 bis 67 OR zu, wenn der vermeintliche Krankenversicherer infolge einer Doppelversicherung zu Unrecht Leistungen ausgerichtet hat

( BGE 138 V 426 E. 5.1 und E. 5.2.3; Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, 3. Auflage, Basel 2016, S. 418 Rz 28; vgl. auch Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Auflage, Zürich 2016, Rz 148 ff. und 254 ff.). 7.2

Das Bundesgericht hat sich dazu im französisch redigierten Leitsatz BGE 138 V 426 (übersetzt in Praxis 4/2013 Nr. 42) ausführlich geäußert.

Übertragen auf den hier zu beurteilenden Streitfall zwischen der CSS und der SWICA

ergibt sich als Ausgangslage, dass das Versicherungsverhältnis zwischen der Klägerin und der Versicherten gar nie entstehen konnte und entstanden ist, weil jenes mit der Beklagten

im fraglichen Zeitraum nicht beendet war [ parce

que

l'ancien

rapport

qui

liait la prénommée à la recourante

n'avait

pas

pris

fin

pendant la période

considérée ]. Die Zahlungen in der Höhe von insgesamt Fr. 794.50 , welche die Klägerin ausgerichtet hatte, beruhten demnach nicht auf einem gültigen Rechtsgrund und waren deshalb von der

Klägerin nicht geschuldet [ reposaient

dès

lors

pas

sur

une

cause

valable et n'étaient , partant , pas

dues par cet

assureur ] (BGE 138 V 426 respektive Praxis 4/2013 Nr. 42 , je E. 4.2).

Der unrechtmässige Charakter der Leistungen gründete auf der Tatsache, dass die Klägerin nicht die Schuldnerin der versicherten Person gewesen ist. Die Versicherte hatte der CSS nie angehört , und diese hat deshalb die Rechnungen für die der Versicherten erbrachten Leistungen im Betrag von Fr. 794.50 ohne Rechtsgrund bezahlt.

### **E. 7.3**

Das Bundesgericht hielt ferner fest, da

Art. 25 Abs. 1 ATSG zwischen zwei Krankenkassen nicht anwendbar sei und keine andere besondere Regelung zu diesem Gegenstand bestehe ,

indessen die allgemeinen Regeln zur ungerechtfertigten Bereicherung auf die Folgen der fehlerhaften Abwicklung des Wechsels vom einen zum anderen Versicherer anwendbar seien, schliesse dies die rückwirkende Auflösung der Versicherungsdeckung ein, die zu einer doppelten Versicherung geführt habe [ lorsqu'il

s'agit de remettre en état la situation

sous

l'angle de l'affiliation de l'assuré en raison du déroulement

incorrect du changement

d'assureur , ce

qui

implique la résiliation

rétroactive de la couverture

d'assurance

ayant

conduit à une double assurance ]. Der Krankenversicherer , der als Folge des missglückten Versichererwechsels als Gläubiger in Erscheinung trete, könnte sich zwar auch an die versicherte Person wenden. Dies sei

aber

eventuell mit praktischen Schwierigkeiten oder sogar mit der Unmöglichkeit verbunden, die Forderung beim Versicherten einzutreiben. Um dies im Vorhinein zu verhindern,

sei es deshalb gerechtfertigt, die Rückerstattung von zu Unrecht ausgerichteten Leistungen direkt zwischen den betroffenen Krankenversicherern in Anwendung der Regeln zur ungerechtfertigten Bereicherung abzuwickeln

(BGE 138 V 426 respektive Praxis 4/2013 Nr. 42, je E. 5.2.3). [ la caisse-maladie créancière peut se voir confrontée à des difficultés d'ordre pratique liées à l'impossibilité de récupérer sa créance auprès de l'assuré, voire selon le système de prise en charge des prestations auprès des fournisseurs de celles-ci. Aussi, pour faciliter la remise en état de la situation (" Rückabwicklung "), une restitution des prestations versées à tort directement entre les assureurs-maladie concernés se justifie, en application des règles sur l'enrichissement illégitime prévues par le CO ]. 7 . 4

Der

CSS

könnten tatsächlich Schwierigkeiten erwachsen , wenn sie die Rückzahlung im Gesamtbetrag von Fr. 794.50 statt bei der Beklagten bei der Versicherten einfordern

würde . Denn gemäss den Ausführungen der Beklagten hat im Zeitraum

vom 26. Januar bis 12. Mai 2015 ein Leistungsaufschub im Sinn von Art. 64a Abs. 2, 3 und 7 KVG bestanden, was die Klägerin in ihrer Replik ( Urk. 9) nicht in Abrede gestellt hat und was das Rückforderungsverfahren wohl verkompliziert hätte. Der Kanton Thurgau führte ferner im fraglichen Zeitraum für die Kantonsbewohner gestützt auf Art. 64a Abs. 7 KVG eine Liste für säumige Prämienzahlende (§ § 1 sowie 9 ff. der Verordnung des Regierungsrates des Kantons Thurgau zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 20. Dezember 2011 in der Fassung vom 1. Januar 2015) . Je nach konkreter Regelung konnte dies

für die betroffenen Personen – wie die Versicherte - zur Folge haben, dass ihnen vom Krankenversicherer nur noch Notfallbehandlungen bezahlt werden mussten .

Diese möglichen Komplikationen sind im vorliegenden Klageverfahren zwischen der CSS und der SWICA nicht von Belang. Denn weil die SWICA die CSS nicht innerhalb von 60 Tagen darüber informiert hat , dass die Versicherte den Versicherer nicht wechseln könne ( Art. 1051 Abs. 3 KVV), durfte die Klägerin in guten Treuen davon ausgehen, dass die Voraussetzungen für einen Leistungsaufschub gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG nicht erfüllt seien, denn sonst hätte sie zwingend rechtzeitig eine solche Mitteilung der Beklagten erhalten müssen. Angesichts dessen braucht sich die Klägerin in diesem Klageverfahren, in welchem eine möglichst unkomplizierte Rückabwicklung des Versicherungsverhältnisses zwischen den beiden Versicherern anzustreben ist, von der Beklagten die Einrede nicht entgegenhalten zu lassen, ein Wechsel des Versicherungsverhältnisses wäre wegen des bestehenden Leistungsaufschubs ohnehin gar nicht möglich gewesen. Dies gilt aus dem gleichen Grund auch für den allenfalls möglichen Einwand, die Versicherte hätte wegen des Leistungsaufschubs nur einen Beitrag an die Gesamtsumme von Fr. 794.50 zugute gehabt, weshalb sich die Forderung der Klägerin entsprechend reduziere.

Einer Rückabwicklung des missglückten, weil unzulässigen Wechsels der Krankenkasse steht demnach nichts im Wege. Sie muss unabhängig von der konkreten Ausgestaltung respektive Bedeutung der Liste für säumige Prämienzahlende im Kanton Thurgau erfolgen; dies in zeitlicher Hinsicht bis zu den Verhältnissen, als die Beklagte noch und die Klägerin noch nicht Versicherer waren, das heisst bis und mit zum 1. Januar 2015. Somit steht der Klägerin ein Anspruch auf Rückerstattung des von ihr eingeklagten Betrages unter dem Titel «ungerechtfertigte Bereicherung» zu.

Ob und wie sich die Beklagte bei den Leistungserbringern oder bei der Versicherten schadlos halten kann , indem sie sich diesen gegenüber darauf beruft, eine Zahlungspflicht gegenüber der Versicherten hätte

für sie wegen des bestehenden Leistungsaufschubs nicht oder nicht im vollen Umfang bestanden, kann in diesem Verfahren nicht geklärt werden. 7 . 5

Die Klägerin verlangt nebst der Zahlung von Fr. 794.50 die Zusprechung von Verzugszinsen von 5 % seit dem 4. April 2016 ( Urk. 1 S. 1).

Im Sozialversicherungsrecht hat vor dem Inkrafttreten des ATSG die Rechtsprechung eine Verzugszinspflicht grundsätzlich verneint, wenn sie nicht gesetzlich vorgesehen war. Mit der Bestimmung des Art. 26 ATSG ist für bestimmte Fälle eine Verzugszinspflicht statuiert worden. Die Rechtsprechung hat daraus geschlossen, dass in den anderen, im Gesetz nicht genannten Fällen, keine Verzugszinspflicht besteht, so namentlich gestützt auf Art. 1 Abs. 2 lit . d KVG in Streitigkeiten der Versicherten unter sich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_98/2009 vom 30. Juni 2009 E. 4.1 mit Hinweisen; Gebhard Eugster , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage 2018, Art. 64a Rz . 5, derselbe in: SBVR Soziale Sicherheit- Eugster , 3. Auflage 2016, Rz . 655; eher anderer Meinung: Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Auflage 2015, N. 18 zu Art. 26 ATSG, der aber einräumt, dass aus der ausdrücklichen Regelung von Art. 26 ATSG geschlossen werden kann , dass in den im Gesetz nicht genannten Fällen keine Verzugszinspflicht bestehe).

Angesichts der geltenden Rechtsprechung ist somit kein Verzugszins zuzu sprechen. Damit ist die Beklagte zusammenfassend in teilweiser Gutheissung der Klage zu verpflichten, der

Klägerin Fr. 794.50 zu bezahlen. Im Übrigen, das heisst bezüglich des eingeklagten Verzugszinses, ist die Klage abzuweisen. 8.

Gemäss § 33 Abs. 1 GSVGer ist das Verfahren kostenlos.

Obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betraute n Organisationen darf in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht - von Sonderfällen abgesehen – auch den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Ausnahmsweise kann eine Prozessentschädigung gewährt werden, wenn wegen der Besonderheit oder Schwierigkeit der Sache der Beizug eines frei praktizierenden Anwalts notwendig war (BGE 119 V 448 E. 6b, Urteil des Bundesgerichts 9C\_15/2009 vom 28. Mai 2009 E. 4 mit Hinweisen). Da hier kein solcher Sonderfall vorliegt, hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 794.50 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der

Klägerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CSS Kranken-Versicherung AG - SWICA Krankenversicherung AG - X.\_\_\_\_ - Bundesamt für Gesundheit 5.

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).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigKlemmt

## **E. 9**

S. 2 Erwägung 4).

Was die Feststellung des Zeitpunkts betrifft, in welchem das Schreiben vom 7. Januar 2015 der Klägerin zugegangen ist, behauptete die Beklagte nicht, den Brief eingeschrieben versandt zu haben. Sie führte auch keine Umstände an, welche anstelle der - demnach fehlenden - postalischen Bescheinigung mit genügender Sicherheit auf den effektiven Zeitpunkt der Zustellung des Schreibens schliessen liessen ( Urk. 5 S. 3 Ziffer 4 und Urk.

## **E. 12**

S. 2 Ziffer 2). Aus den Akten ergibt sich dazu nur, dass eine Kopie des an die Versicherte gerichteten Informations Schreibens der Beklagten vom 22. Juli 2014 am 20. August 2015 bei der Klägerin einging, samt einer Kopie des besagten Briefs der Beklagten vom 7. Januar 2015 an die CSS, Agentur Kloten. Dieser trägt ebenfalls den Eingangsstempel «20. Aug. 2015» und enthält den Hinweis, der Krankenversicherungswechsel sei nicht zustande gekommen (Urk. 2/4-5). 6.

Das Bundesgericht hat in einem vergleichbaren Fall zur Beweissituation erwogen, falls der Versand eines Schreibens

im Rahmen eines beabsichtigten Wechsels der Krankenkasse nicht eingeschrieben erfolgt sei, sei nicht ersichtlich, mit welchen Abklärungsmassnahmen sich der Empfang durch den bisherigen Krankenversicherer trotzdem nachweisen liesse. In solchen Fällen bleibe offen, das heisst unbewiesen, an welchem Datum der Wechsel des Versicherers mitgeteilt worden sei und die beabsichtigte Wirkung habe entfalten können. Die Folgen der Beweislosigkeit wirkten

sich zu Lasten des alten Versicherers

aus (Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB; Urteil des Bundesgerichts 9C\_490/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.1).

Analog ist im vorliegenden Fall zu entscheiden. Aus den Akten ergibt sich kein anderes Empfangsdatum für das fragliche Schreiben als der 20. August 2015. Eine frühere Zustellung ist nicht belegt. Die Folgen der Beweislosigkeit betreffend eine frühere Zustellung hat die Beklagte zu tragen. Somit ist anzunehmen, dass die Klägerin das Schreiben vom 7. Januar 2015 erst am 20. August 2015 erhalten hat. Die Beklagte als bisheriger Versicherer hat demgemäss die Klägerin als (vermeintlich) neuen Versicherer nicht innerhalb von 60 Tagen darüber informiert, dass die versicherte Person weiterhin bei ihr versichert sei (Art. 1051 Abs. 3 KVV). Daraus konnte die Klägerin schliessen, dass der aufschreibend

bedingte Beginn des neuen Versicherungsverhältnisses nunmehr erfolgt sei. 7.

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