

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00148 vom 30. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00148

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00148 du 30 avril 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00148 del 30 aprile 2009

Erwägungen

E. 3

3.1. Dem Bericht der erstbehandelnden Ärzte des B.____, zu welchen die Beschwerdeführerin am Unfalltag überführt worden war, ist zu entnehmen, dass sie nach dem Auffahrunfall vom 24. Mai 2000 über Schmerzen im Bereich des Hinterkopfes ohne Schwindelgefühl geklagt und über eine anterograde Amnesie von rund 10-15 Sekunden berichtet hatte. Die Ärzte erhoben eine Druckschmerzhaftigkeit okzipital sowie über dem linken Hemithorax und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule und diagnostizierten eine Distorsion der Halswirbelsäule, eine Commotio cerebri sowie eine Thoraxprellung. Die Röntgenbildgebung des Schädels und der Halswirbelsäule ergab keine ossären Läsionen, jedoch degenerativ bedingte Veränderungen der Halswirbelsäule (ossäre Ausziehung der unteren Vorderkante von C5 [vgl. Urk. 11/34]). Die 24stündige Commotio-Überwachung sei unauffällig verlaufen, und die Beschwerdeführerin sei während der Hospitalisation bis auf regrediente Kopfschmerzen beschwerdefrei gewesen. Am 26. Mai 2000 sei sie weitgehend schmerzfrei nach Hause entlassen worden (Urk. 11/7; vgl. auch Urk. 11/24 S. 5 ff. sowie Urk. 11/34).

Am 17. September 2000 berichtete der Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin, über eine vorerst deutliche Besserung der Beschwerden unter Physiotherapie. Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 15. August 2000 eine Zehenfraktur zugezogen habe und den betroffenen Fuss mit Krückstöcken entlastet habe, sei es aufgrund der veränderten Körperhaltung zu einer Belastung des Nackens und deshalb in der Folge zu einer Schmerzexazerbation gekommen (vgl. Urk. 11/18).

Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2000. Ihm gegenüber berichtete sie über durchgehende starke Schmerzen im Bereich des rechten Armes, welche vom Nacken ausgingen, sowie über Beschwerden im Bereich der oberen Brustwirbelsäule. Weiter erwähnte sie, gelegentlich unter Schwindel zu leiden, welcher jedoch auch schon vor dem Unfall aufgetreten sei. Dr. Z.____ bemerkte eine depressive Stimmung. Er erhob diffuse Druckdolenz im Bereich des Kopfes sowie der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule und der Scapula rechts, fand jedoch keine deutlichen Myogelosen vor. Laut Dr. Z.____ war einzig der Trapezius rechts etwas verspannt. Die Zehenfraktur sei inzwischen folgenlos verheilt. Dr. Z.____ gelangte zur Auffassung, dass das Unfallereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule geführt habe. Trotz intensiver Physiotherapie sei nun aber keine deutliche Besserung eingetreten. Die Schwindelanfälle seien bereits vor dem Unfall bekannt gewesen, die Beschwerdeführerin sei wegen Bluthochdrucks in

Behandlung gewesen. Sodann seien keine deutlichen Symptome, welche typischerweise nach einer Commotio cerebri auftreten wÄ¼rden, erhoben worden. Er gehe von einer Symptomausweitung sowie einer erheblichen Verdeutlichungstendenz aus, es bestehe eine Chronifizierungstendenz. Es sei zu erwarten, dass die Beschwerden nach einer intensiven stationÄ¼ren physiotherapeutischen Betreuung zurÄ¼ckgehen wÄ¼rden (vgl. Urk. 11/36).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 18. Dezember 2000 bis zum 31. Januar 2001 hielt sich die BeschwerdefÄ¼hrerin zur stationÄ¼ren Rehabilitation in der A.____ auf. Als therapeutische Massnahmen wurden Einzeltherapie, physiotherapeutische Kleingruppenbehandlung sowie lokale WÄ¼rmeapplikationen eingesetzt. Die Ä¼rzte erwÄ¼hnten als vordergrÄ¼ndige Problematik Nackenbeschwerden mit intermittierender Ausstrahlung in den rechten Arm, welche als zervikospodylogenes Schmerzsyndrom zu interpretieren seien. Das anatomische Korrelat fÄ¼r die seit dem Unfall vom 24. Mai 2000 bestehenden Nackenbeschwerden bildeten vorbestehende degenerative VerÄ¼nderungen mit Spondylarthrose und Spondylose C5-C7. Zudem bestÄ¼nden Myogelosen im Bereich des Musculus trapezius und levator scapulae rechts. Aufgrund der von den erstbehandelnden Ä¼rzten des B.____ erhobenen Befunde sei davon auszugehen, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin am 24. Mai 2000 eine milde traumatische Hirnverletzung erlitt. ZusÄ¼tzlich bestehe ein Thorakovertebralsyndrom mit Bewegungs- und Belastungsbeschwerden (vgl. Urk. 11/41 S. 2 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das psychosomatische Konsilium vom 9. Januar 2001 ergab keine Anhaltspunkte fÄ¼r eine vor dem Unfall bestehende psychische Problematik. Die Psychiater stellten aber fest, dass sich der Gesamtzustand der BeschwerdefÄ¼hrerin nach der ersten Therapiephase in der A.____ verschlechtert hatte und es zu RÄ¼ckzug, Ä¼ngstlichkeit und SchlafstÄ¼rungen gekommen war. Im Bericht vom 9. Januar 2001 hielten sie fest, die BeschwerdefÄ¼hrerin, welche in ihrem Heimatland wÄ¼hrend 16 Jahren als Mathematiklehrerin tÄ¼tig gewesen sei, habe schmerzgeplagt und subdepressiv gewirkt. Weiter sei eine Schonhaltung des rechten Armes aufgefallen. Aufgrund von VerstÄ¼ndigungsschwierigkeiten sei das Ausmass einer mÄ¼glichen depressiven Entwicklung nur schwer zu beurteilen, in diagnostischer Hinsicht sei am ehesten von einer AnpassungsstÄ¼rung mit depressiven und Ä¼ngstlichen Symptomen (ICD-10: F43.22) auszugehen (vgl. Urk. 11/40).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung vom 15. Januar 2001 wurde eine schwere StÄ¼rung aller neuropsychologischen Funktionen erhoben, wobei mangels kontinuierlicher LeistungsfÄ¼higkeit nicht alle Tests durchgefÄ¼hrt werden konnten. Das diffuse StÄ¼rungsbild mit extrem tiefem Leistungsniveau sei untypisch fÄ¼r einen Zustand nach milder traumatischer Hirnverletzung. UrsÄ¼chlich dafÄ¼r seien sehr wahrscheinlich andere Faktoren wie die Schmerzproblematik und die Ä¼ngstlich-depressive AnpassungsstÄ¼rung. Zusammen mit dem passiv-vermeidenden Copingverhalten der BeschwerdefÄ¼hrerin werde die Problematik wohl im Sinne eines Teufelskreises aufrechterhalten. Es bestÄ¼nden auch verschiedene Zeichen fÄ¼r eine Symptomausweitung (vgl. Urk. 11/38 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä WÄ¼hrend des Klinikaufenthaltes konnte bei der eher passiv eingestellten und mÄ¼ssig leistungsbereiten BeschwerdefÄ¼hrerin keine Verbesserung der Kopf- und Nackenschmerzen erreicht werden, es stellte sich aber eine Besserung der

Schmerzausstrahlung in den rechten Arm ein. Aufgrund der festgestellten starken Irritierbarkeit der Halswirbelsäule und der Schmerzproblematik, welche nach Auffassung der Ärzte ein Arbeiten über Brusthöhe sowie in vorgeneigter körperlicher Zwangshaltung behindern würden, hielten sie die Beschwerdeführerin bei Klinikaustritt für nicht arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, empfahlen aber einen Arbeitsversuch zur beruflichen Eingliederung in etwa 4-6 Wochen. Die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei auf absehbare Zeit nicht zumutbar (vgl. Urk. 11/41).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Verlaufsbericht vom 11. Oktober 2001 diagnostizierte Dr. C. ___ im Wesentlichen ein zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, welches zunehmend in ein Fibromyalgiesyndrom übergehe, ein thorakovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine Anpassungsstörung mit zunehmend depressiven und ängstlichen Symptomen. Im Verlauf sei keinerlei Beschwerdebesserung eingetreten, vielmehr seien zunehmend depressive und ängstliche Symptome aufgetreten. Dr. C. ___ hielt fest, bei diesem Verlauf sei an einen Arbeitsversuch nicht zu denken gewesen, er mache sich nun nach eineinhalb Jahren praktisch keine Hoffnung mehr auf eine Besserung (vgl. Urk. 11/65).

3.2 Ä Ä Ä Ä Nach dem zweiten Unfall vom 26. Mai 2001 ordnete Dr. Z. ___ erneut eine stationäre Rehabilitation zur Verbesserung der HWS-Probleme sowie zur psychosomatischen Abklärung an (vgl. Urk. 11/68), welche vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2002 in der A. ___ stattfand. Der Ehemann der Beschwerdeführerin gab den Ärzten an, ein paar Stunden nach dem zweiten Unfall sei die Beschwerdesituation ungefähr wie vor dem Unfall gewesen. Nach Aussagen der Beschwerdeführerin selbst hatte der erneute Unfall vor allem eine erhöhte Ängstlichkeit zur Folge, ein zusätzlicher körperlicher Schaden sei nicht eingetreten. Die Ärzte bemerkten bei ihr erneut eine passive Grundeinstellung und mässige Leistungsbereitschaft während der diversen Therapien sowie Inkonsistenzen im Verhalten. Die psychosomatische Untersuchung ergab eine weiterhin bestehende Anpassungsstörung mit depressiver und nun vermehrt ängstlicher Symptomatik. Die festgestellten normo- bis hypotonen Blutdruckwerte - der bereits vor den Unfällen bekannte Hypertonus war nach Angaben der Beschwerdeführerin seit September 2001 schlechter - wurden medikamentös behandelt, worauf es zu einer Senkung des Blutdruckes kam. Die Ärzte ordneten die nach wie vor anhaltenden Nackenbeschwerden mit intermittierender Schmerzausstrahlung in den rechten Arm erneut einem zervikospondylogenen Schmerzsyndrom zu und wiesen diesbezüglich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen in der Halswirbelsäule hin. Hinsichtlich der Kopfschmerzen gingen sie von einem zervikozephalen Schmerzsyndrom aus. Als Zusatzdiagnosen erwähnten sie eine Adipositas 2. Grades, eine arterielle Hypertonie sowie den Verdacht auf eine Gastritis/Ulcus ventriculi. In ihrer abschliessenden Beurteilung führten sie aus, nach dem Unfall vom 26. Mai 2001 sei es zu einer Exazerbation der Beschwerden gekommen. Im Vordergrund stehe nunmehr die Anpassungsstörung mit depressiver und vermehrt ängstlicher Symptomatik. Aufgrund der diversen gesundheitlichen Probleme bestehe eine reduzierte Geh- und Stehfähigkeit, ein reduzierter Armeinsatz hauptsächlich rechts, ein Initiativverlust, eine eingeschränkte Merkfähigkeit sowie eine reduzierte psychophysische Belastbarkeit. Unter diesen Umständen seien kontinuierliche Arbeiten nicht möglich, und es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Abschliessend

empfehlen sie die Weiterbetreuung durch den Hausarzt sowie die Einleitung einer Familientherapie, da das familiäre Setting zu einer Aufrechterhaltung der Problematik beizutragen scheine (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71, Urk. 10/22a).

Dem Bericht der Psychiatrischen Poliklinik am D. ___ vom 24. Juni 2002 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dort am 27. März und am 19. April 2002 zusammen mit ihrem Ehemann und am 12. Juni 2002 allein psychiatrisch abgeklärt wurde. Die Psychiater hielten in ihrem Bericht zunächst fest, nach zweimaliger stationärer Rehabilitation zeige sich eher eine Verschlechterung des Beschwerdebildes mit Nacken-, Schulter- und Armschmerzen. Die Beschwerdeführerin sei auch zunehmend depressiv geworden und leide auch an häufigem, nach eigenen Angaben hypertoniebedingtem Schwindel. Die Psychiater gingen in diagnostischer Hinsicht von chronischen Schmerzen und einer Anpassungsstörung mit depressiver Angstsymptomatik bei Status nach zweimaliger HWS-Distorsion aus und erklärten sich die anhaltende Problematik damit, dass es zu einer angstneurotischen Entwicklung mit Rückzug und depressiver Verstimmung gekommen sei. Sowohl die Beschwerdeführerin als auch ihre Ehemann sähen keinen Sinn in einer psychotherapeutischen Behandlung, weshalb sie die hausärztliche Weiterbetreuung und das Weiterführen einer antidepressiven Therapie empfehlen würden (vgl. Urk. 11/76).

Vom 8. September bis zum 20. September 2003 war die Beschwerdeführerin im D. ___ hospitalisiert. Die Zuweisung erfolgte aufgrund des Verdachts auf eine Pyelonephritis beidseits, welcher von den Ärzten des B. ___ bestätigt werden konnte. Während der Hospitalisation wurde der Infekt mit Escherichia coli behandelt. Zusätzlich wurde auch eine Nebennierenhyperplasie unklarer Ätiologie erhoben, wobei eine maligne Entartung der Nebennierenvergrößerung aufgrund der Untersuchungsergebnisse eher unwahrscheinlich erschien (vgl. Urk. 11/94/1-2).

Eine Verlaufs-Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule vom 17. Oktober 2003 ergab nach wie vor keinen Hinweis für direkte Traumafolgen. Sichtbar wurden degenerative Veränderungen im Sinne einer leichten Atlantodentalarthrose, von Retrophyten und einem Spondylophyt in den Segmenten C3-C5 sowie einer deformierenden Unkovertebralarthrose rechts in den Segmenten C4/-C5 und C5/C6 (vgl. Urk. 11/91).

Am 9. August 2004 untersuchte Dr. med. E. ___, Facharzt für Chirurgie vom versicherungsmedizinischen Dienst der SUVA, die Beschwerdeführerin. Dabei fielen ihm Perseverationen sowie eine ausserordentliche Verlangsamung der Beschwerdeführerin im Denken auf. Als Hauptbeschwerden habe die Beschwerdeführerin Nacken-Kopf- sowie Nacken-Schulter-Armschmerzen beidseits erwähnt. Dr. E. ___ fand klinisch keine Anhaltspunkte zur Erklärung des persistierenden Zervikozephal- und Zervikobrachialsyndroms. Die parazervikale Muskulatur sei weich und die Beweglichkeit nur geringfügig eingeschränkt gewesen. Die auf den Röntgenbildern ersichtlichen geringfügigen bis mittelmassigen degenerativen Veränderungen seien nicht geeignet, die Schwere des Beschwerdebildes zu erklären. Auch habe er während der Untersuchung nicht den Eindruck gehabt, dass bei der Beschwerdeführerin ein enormer Leidensdruck bestehe. Die anlässlich des ersten Unfalls erlittene Thoraxkontusion könne inzwischen als verheilt und abgeschlossen betrachtet werden. Der zweite Unfall mit der erneuten leichten HWS-Distorsion habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt und

können nun auch als abgeschlossen betrachtet werden. Abschliessend hielt Dr. E.____ fest, für ihn sei nach wie vor nicht ganz ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin so wenig belastbar sei. In somatischer Hinsicht sei nun noch eine MRI-Untersuchung des Schädels und der Halswirbelsäule durchzuführen. Aufgrund von Beschwerden im Unterleibsbereich sei ein Bericht der behandelnden Gynäkologin beizuziehen. Allenfalls sei auch eine neuropsychologische Kontrolluntersuchung angezeigt (vgl. Urk. 11/96).

Im Anschluss an eine Untersuchung vom 11. August 2004 gelangte Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom versicherungsmedizinischen Dienst der SUVA, zur Einschätzung, dass bereits frühere biografische Ereignisse wie die Einreise in die Schweiz und der damit verbundene Verlust des bisherigen sozialen Status und Netzes für die Beschwerdeführerin belastende Faktoren dargestellt hätten, welche dann zusammen mit den Folgen des Unfalls vom 24. Mai 2000 dazu geführt hätten, dass sie sich von allen früheren (unter anderem beruflichen) Aktivitäten deutlich zurückgezogen habe. Die Beschwerdeführerin selbst erklärte den Rückzug mit der Schmerzproblematik und der Angst, aufgrund des Schwindels erneut zu stürzen. Dr. F.____ erhob bei der Untersuchung eine leicht depressive Symptomatik mit Bedrücktheit, vermindertem Antrieb und Interesslosigkeit. Besonders fiel ihr eine grosse Hilflosigkeit auf. Die Beschwerdeführerin fühle sich der Schmerzproblematik ausgeliefert und sehe keine Möglichkeit, diese zu beeinflussen. Die Psychiaterin konnte bei ihr aber keine Hinweise für eine spezielle Verlangsamung im Denken oder für Perseverationen feststellen. In diagnostischer Hinsicht ging sie von einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) aus, welche sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 24. Mai 2000 zurückführte (vgl. Urk. 11/97).

Eine am 30. September 2004 durchgeführte MRI-Untersuchung des Neurocraniums und der Halswirbelsäule ergab einen normalen Befund im Bereich des Neurocraniums sowie eine leichtgradige Fehllhaltung des zervikothorakalen Überganges und mittelgradige degenerative Diskopathie C5/C6 mit Protrusion ohne neurale Beeinträchtigung (vgl. Urk. 11/106).

Die Gynäkologin der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, erstattete am 29. Januar 2005 einen gynäkologischen Bericht für die Zeit vom Juni 2000 bis Dezember 2004. Daraus ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin seit 1997 ein Uterus myomatosus mit Dyspareunie und Dysmenorrhoe bekannt war. Nach dem Unfall vom 24. Mai 2000 hätten Blutungsstörungen eingesetzt, welche zum einen möglicherweise durch den Schock oder eine leichte Traumatisierung der Hypophyse aufgrund des Schleudertraumas ausgelöst worden seien, im Verlauf aber wohl vor allem auf perimenopausale Tempoanomalien bei Uterus myomatosus und zusätzlicher NSAR-Therapie zurückzuführen seien (vgl. Urk. 11/109).

Eine weitere neuropsychologische Untersuchung vom 4. Mai 2005 in der A.____ ergab - im Vergleich zur früheren Untersuchung vom 15. Januar 2001 unverändert - eine schwere Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit. Das von der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation gezeigte Verhalten entspreche nicht dem in der Literatur beschriebenen Störungsbild nach einer traumatischen Hirnverletzung und schon gar nicht demjenigen nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung oder HWS-Distorsion. Ein direkter Zusammenhang mit der

erlittenen leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) beziehungsweise HWS-Distorsion sei höchst unwahrscheinlich. Massgeblich aufrechterhalten und verstärkt werde die Symptomatik durch das passiv-vermeidende, selbstlimitierende und durch die Umgebung unterstützte Bewältigungsverhalten der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 11/112).

Am 14. Juni 2005 untersuchte Dr. F. die Beschwerdeführerin erneut. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 11. August 2004 präsentierte sich das psychiatrische Bild dabei - bis auf eine verstärkte Hoffnungslosigkeit - nicht wesentlich verändert. Die Psychiaterin konnte keine Anzeichen für Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen feststellen. Die Beschwerdeführerin erlebe vor allem die Schmerzen als limitierenden Faktor, welcher sie am Arbeiten hindere. Ihren Angaben zufolge wäre eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich, sobald sie wieder schmerzfrei wäre. Die nach wie vor vorhandene Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion habe einen Einfluss auf das Schmerzerleben und damit auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen (vgl. Urk. 11/120).

In einem Bericht vom 18. Mai 2006 nahm Dr. E. unter Würdigung der seit seiner letzten Untersuchung getätigten medizinischen Abklärungen abschliessend zur Beschwerdesituation und Unfallkausalität Stellung. Zu den Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule hielt er fest, dass die auf den MRI-Bildern vom 30. September 2004 sichtbar gewordenen mittelgradigen degenerativen Veränderungen sicher nicht unfallbedingt seien, wobei diesbezüglich radiologisch auch eine stattgehabte richtungsgebende Verschlechterung ausgeschlossen werden könne. Es könnten somit keine organischen Unfallfolgen im Bereich des Halswirbelsäulen-Skelettes nachgewiesen werden. Weiter beständen auch keine Anhaltspunkte für eine muskuläre Genese der Beschwerden bei fast voller Beweglichkeit der Halswirbelsäule und weicher parazervikaler Muskulatur. Die sonst üblichen Begleitsymptome wie Hartspann der Zervikal-Muskulatur und Beweglichkeitseinschränkung würden bei der Beschwerdeführerin fehlen. Es sei daher von einem subjektiven zervikozephalen und zervikobrachialen Syndrom auszugehen. Zweifellos habe die Beschwerdeführerin am 24. Mai 2000 auch eine MTBI mit kurzem Bewusstseinsverlust durchgemacht. Kennzeichnend hinsichtlich neuropsychologischer Störungen im Anschluss an eine MTBI sei aber, dass die Störungen sich bereits nach einem Jahr bessern beziehungsweise ganz zurückbilden würden. Es sei deswegen nicht von einer organischen Ursache der bei der Beschwerdeführerin nun seit fast fünf Jahren anhaltenden schweren neuropsychologischen Beeinträchtigungen auszugehen, zumal die MRI-Untersuchung des Schädels vom 30. September 2004 einen normalen Befund ergeben habe und von ihm klinisch ein normaler Neurostatus erhoben worden sei. Vielmehr müsse eine übergeordnete psychische Störung vorliegen, welche die Störung unterhalte und den grössten Teil der Symptome ausmache. Die Folgen der MTBI seien daher ausgeheilt und das aktuell noch präsentierte Beschwerdebild habe keinen kausalen Zusammenhang zur MTBI oder zur HWS-Distorsion. An unfallunabhängigen, krankhaften Beschwerden bestehe bei der Beschwerdeführerin eine primäre Hypertonie, eine klinisch insignifikante Nebennierenrinden-Vergrösserung und ein Uterus myomatosus mit entsprechenden Beschwerden vor der Menopause, wobei die Beschwerdeführerin inzwischen menopausiert sei. Dr. E. wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin anlässlich seiner Untersuchungen nicht einen schwer leidenden

Eindruck gemacht habe. Es sei daher zusätzlich davon auszugehen, dass eine zwar unbewusste, aber doch eindeutige starke Verdeutlichungstendenz bestehe. Zusätzlich fördere das familiäre Klima die Situation. Die Beschwerdeführerin habe innerhalb ihrer Familie eine Opferrolle eingenommen und werde rührend umsorgt. Unter alleiniger Berücksichtigung der organischen Beschwerden seien der Beschwerdeführerin theoretisch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar. Zu prüfen bleibe unter Berücksichtigung der rechtsprechungsgemässen Adäquanzkriterien, ob die Unfallversicherung für die Folgen der psychischen Beschwerden aufzukommen habe (vgl. Urk. 11/126).

E. 4

4.1.1 Durch die medizinischen Akten ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin am 24. Mai 2000 eine HWS-Distorsion sowie eine milde traumatische Hirnverletzung/MTBI (vgl. Urk. 11/7, Urk. 11/15, Urk. 11/24 S. 5 f., Urk. 11/41) und anlässlich des zweiten Autounfalls vom 26. Mai 2001 nochmals eine (leichte) HWS-Distorsion (vgl. Urk. 10/2, Urk. 10/13 = Urk. 11/65, Urk. 10/16, Urk. 10/27 = Urk. 11/73, Urk. 10/28) erlitt. Weiter ist aktenmässig belegt, dass mittels bildgebender Diagnostik keine organischen Unfallfolgen im Bereich Schädeldel/Hirn sowie Halswirbelsäule nachgewiesen werden konnten (vgl. Urk. 11/34, Urk. 11/106, Urk. 11/126).

Ob die Beschwerdeführerin infolge der beiden Autounfälle unter einem für Schleudertraumaverletzungen der Halswirbelsäule und/oder Verletzungen infolge eines Schädeldel-Hirn-Traumas typischen Symptomenkomplex litt, was rechtsprechungsmässig zur Annahme eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Schleudertrauma/Schädeldel-Hirn-Trauma und der danach fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit führt und bei der Adäquanzbeurteilung die Anwendung der in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 130 Erw. 10.3 präzisierten Rechtsprechung für Unfälle mit Schleudertrauma, Schädeldel-Hirntrauma oder ähnlichen Verletzungen nach sich zieht, kann aufgrund der nachfolgenden Ausführungen offen bleiben.

4.2.1

4.2.1.1 Unmittelbar nach dem ersten Unfall vom 24. Mai 2000 litt die Beschwerdeführerin unter Kopfschmerzen sowie einer eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule, wobei ein Schwindelgefühl ausdrücklich verneint wurde (vgl. Urk. 11/7). Rund sechs Monate später weiteten sich diese Beschwerden - nach einer zwischenzeitlichen Besserung - zu starken Schmerzen im Bereich des rechten Armes, vom Nacken ausgehend, sowie Beschwerden im Bereich der oberen Brustwirbelsäule aus. Auch erwähnte die Beschwerdeführerin, in diesem Zeitraum gelegentlich unter Schwindel gelitten zu haben (vgl. Urk. 11/18, Urk. 11/36). Die Kopf-/Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm gingen in der Folge nie wesentlich zurück beziehungsweise verschlechterten sich sogar (vgl. etwa Urk. 11/41, Urk. 10/22 = Urk. 11/71).

4.2.2 Als mögliche Beschwerdeursache führten die Ärzte in erster Linie die bildgebend sichtbar gewordenen degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule an, welche durch den Unfall vom 24. Mai 2000 möglicherweise kurzzeitig verschlimmert worden seien, welche aber das gesamte Ausmass des

Beschwerdebildes nicht zu erklären vermöglichen (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71, Urk. 11/36, Urk. 11/41, Urk. 11/96). Diesbezüglich ist von Bedeutung, dass die leicht- bis mittelgradigen degenerativen Veränderungen nach Ansicht der Ärzte nicht die Schwere der von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden erklären können und dass die degenerativen Wirbelsäulenbefunde - soweit sie über eine mögliche kurzzeitige Verschlimmerung der Situation durch die unfallbedingte Traumatisierung der Halswirbelsäule hinausgehen - nicht unfallkausal sind.

Als weitere Ursache des Zervikozephal- und Zervikobrachialsyndroms kommt eine lediglich mittels klinischer Untersuchungen fassbare Traumatisierung der Halswirbelsäule beziehungsweise Schädigung von Gehirnstrukturen durch die erlittene MTBI in Frage. Diesbezüglich fällt aber auf, dass die klinisch fassbaren Befunde über den gesamten zu beurteilenden Zeitraum hinaus äußerst spärlich waren (wobei eine Druckdolenz für sich allein keinen solchen Befund bildet). Kurze Zeit nach dem Unfall vom 24. Mai 2000 bestand eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (vgl. Urk. 11/7). Kreisarzt Dr. Z. ___ konnte am 7. Dezember 2000, mithin rund sechseinhalb Monate nach dem ersten Unfall, lediglich eine leichte Verspannung des Trapezius rechts feststellen (vgl. Urk. 11/36). Die Ärzte der A. ___ fanden im Zeitraum Dezember 2000/Januar 2001 ebenfalls eine leichte Verspannung beziehungsweise Myogelosen im rechten Schulter-/Nackebereich im Bereich des Musculus trapezius sowie Musculus levator scapulae (vgl. Urk. 11/41 S. 7 f.). Während der zweiten stationären Rehabilitation in der A. ___ vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2002 war der Tonus der Schulter- und Nackenmuskulatur unauffällig (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71 S. 7). Am 9. August 2004 erhob Dr. E. ___ - bei subjektiv unveränderter Beschwerdesituation - eine weiche parazervikale Muskulatur und eine nur geringfügige Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (vgl. Urk. 11/96). Gemäss Dr. E. ___ bei Schleudertraumaverletzungen der Halswirbelsäule übliche Begleitsymptome wie ein Hartspann der Zervikal-Muskulatur sowie eine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit (vgl. Urk. 11/126 S. 5) traten im Verlauf damit höchstens in geringem Mass auf.

Der hin und wieder verspürte Schwindel sowie zumindest ein wesentlicher Teil der Kopfschmerzen ist - auch nach Einschätzung der Beschwerdeführerin - auf den vom Unfallversicherer nicht zu berücksichtigenden und bereits vor den Unfällen bekannten Bluthochdruck zurückzuführen (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71 S. 3 und 7, Urk. 11/36 S. 2, Urk. 11/40 S. 2, Urk. 11/67 S. 2, Urk. 11/76 S. 1, Urk. 11/120 S. 2). Die in den medizinischen Berichten zusätzlich gestellten Diagnosen Adipositas, Gastritis, Pyelonephritis, Nebennierenrinden-Vergrößerung sowie Uterus myomatosus (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71 S. 1, Urk. 11/94/1-2, Urk. 11/109, Urk. 11/126 S. 4) und die darauf zurückgehenden Beschwerden sind klarerweise ebenfalls unfallfremd. Die (geringfügigen) Folgen der am 24. Mai 2000 zusätzlich erlittenen Thoraxprellung schliesslich waren bei Einstellung der Versicherungsleistungen durch die SUVA ausgeheilt (vgl. Urk. 11/96).

Mehrere neuropsychologische Untersuchungen ergaben eine durchgehend schwere Störung aller neuropsychologischen Funktionen. Allerdings wiesen die Neuropsychologen bereits nach der ersten Untersuchung vom 15. Januar 2001 darauf hin, dass das vorgefundene diffuse Störungsbild mit extrem tiefem Leistungsniveau untypisch für einen Zustand nach MTBI sei (vgl. Urk. 11/38). Nach einer weiteren

Untersuchung vom 4. Mai 2005 bestätigten sie diese Einschätzung und hielten fest, dass ein direkter Zusammenhang des vorgefundenen Störungsbildes mit der erlittenen MTBI beziehungsweise den beiden HWS-Distorsionen höchst unwahrscheinlich sei (vgl. Urk. 11/112). Auch Dr. E. ___ führte in seinem Bericht vom 18. Mai 2006 aus, dass sich neuropsychologische Störungen nach einer MTBI in der Regel bereits nach einem Jahr wieder wesentlich bessern respektive ganz zurückbilden, weshalb die von der Beschwerdeführerin gezeigten Einschränkungen nicht mehr auf die MTBI zurückgeführt werden könnten (vgl. Urk. 11/126 S.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auffallend ist, dass Kreisarzt Dr. Z. ___ bereits anlässlich seiner ersten Untersuchung vom 7. Dezember 2000 - mithin rund sechseinhalb Monate nach dem Unfall vom 24. Mai 2000 - bei der Beschwerdeführerin eine depressive Stimmung mit Antriebslosigkeit bemerkte (vgl. Urk. 11/36 S. 2). Im Rahmen der ersten stationären Rehabilitation in der A. ___ wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Rückzug, Ängstlichkeit und Schlafstörungen beobachtet, und die psychosomatische Untersuchung ergab die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen, wobei das Ausmass der depressiven Entwicklung für die Ärzte wegen Verständigungsschwierigkeiten mit der Beschwerdeführerin schwer zu beurteilen war (vgl. Urk. 11/40). In der Folge, insbesondere nach dem zweiten Unfall vom 26. Mai 2001, nahmen die psychischen Symptome zu, wie auch der Hausarzt Dr. C. ___ feststellte (vgl. Urk. 11/65). Dementsprechend hielten die Ärzte der A. ___ im Anschluss an die zweite stationäre Rehabilitation vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2002 fest, die Anpassungsstörung mit depressiver und vermehrt ängstlicher Symptomatik stehe im Vordergrund (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71 S. 3). Auch die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik des B. ___ gingen von einer Anpassungsstörung mit einer angstneurotischen Entwicklung und depressiven Verstimmung aus (vgl. Urk. 11/76). Bestätigt wurde diese Diagnose in der Folge auch von Dr. F. ___, welche zudem davon ausging, dass die Anpassungsstörung einen Einfluss auf das Schmerzerleben habe. Auch beobachtete sie einen problematischen Umgang der Beschwerdeführerin mit den Unfallfolgen (Gefühl, die Schmerzproblematik selbst nicht beeinflussen zu können; vgl. Urk. 11/97, Urk. 11/120).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusätzlich wurde das Ausmass der geklagten Beschwerden auf die bereits von Dr. Z. ___ anlässlich seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Dezember 2000 beobachteten und später von den Ärzten und Neuropsychologen der A. ___ sowie Dr. E. ___ festgestellten problematischen Verhaltensweisen im Sinne einer erheblichen Verdeutlichungstendenz, einer Symptomausweitung sowie eines vom familiären Umfeld gestützten passiv-vermeidenden Copingverhaltens (Selbstlimitierung) zurückgeführt (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71, Urk. 11/36 S. 2, Urk. 11/38 S. 2, Urk. 11/41 S. 3, Urk. 11/112, Urk. 11/126).

4.2.3 Ä Ä Bei gesamthafter Betrachtung des Beschwerdeverlaufs - und unter Ausscheidung der unfallfremden Befunde - ergibt sich, dass das verselbständigte psychische Leiden in Form der diagnostizierten Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen zusammen mit der von den Ärzten beobachteten Verdeutlichungstendenz, Symptomausweitung und Selbstlimitierung das gesamte Beschwerdebild bereits nach wenigen Monaten dominierte. Zwar ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen, dass die psychische Problematik die Beschwerdesymptomatik nicht unmittelbar nach dem ersten Unfall beherrschte (vgl. Urk. 1 S. 12). Allerdings wurden diese Symptome ärztlicherseits

erstmalig rund sechseinhalb Monate nach dem ersten Unfall bemerkt, und die Ärzte der A., welche nach der ersten stationären Rehabilitation zunächst Mithilfe bekundeten, das Ausmass der psychischen Problematik klar einzuschätzen, stellten bereits Anfang 2002 fest, dass die psychischen Störungen im Vordergrund ständen. Im Verlauf der ganzen Entwicklung von den beiden Unfällen bis zum Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Juli 2006 spielten die klinisch feststellbaren physischen Beschwerden nur eine untergeordnete Rolle. Praxisgemäss hat die Adäquanzbeurteilung daher nach den für Unfälle mit psychischen Folgeschäden geltenden Grundsätzen zu erfolgen.

E. 5

5.1 Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert. Bei Heckkollisionen bildet praxisgemäss eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung innerhalb oder oberhalb eines Bereiches von 10-15 km/h die Harmlosigkeitsgrenze für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden. Bei Frontalkollisionen ist zu beachten, dass sich die kollisionsbedingten Kräfte nicht in gleicher Weise auf den Körper auswirken wie bei einem eigentlichen Schleudertrauma der HWS, wo der Kopf zunächst nach hinten flektiert wird; die Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden liegt in einem Bereich von 20-30 km/h (vgl. Urteile des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 6.2 sowie in Sachen Z. vom 29. April 2008, 8C_582/2007, Erw. 4.1).

Aufgrund der Akten und dabei insbesondere mit Blick auf die biomechanischen Kurzbeurteilungen der beiden Unfallereignisse vom 18. September 2000 (Urk. 11/15: Geschwindigkeitsänderung bei Heckkollision möglicherweise knapp oberhalb 15 km/h) sowie vom 11. April 2002 (Urk. 10/28: Geschwindigkeitsänderung bei Frontalkollision deutlich unterhalb eines Bereiches von 20-30 km/h) steht fest, dass die Unfälle vom 24. Mai 2000 sowie vom 26. Mai 2001 höchstens den leichteren Fällen im mittelschweren Bereich zuzuordnen sind. Der Beschwerdeführer ist nicht zu folgen, soweit sie das erste Unfallereignis bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einordnen möchte (vgl. Urk. 1 S. 13), da sich den Akten keinerlei Anhaltspunkte für erschwerende Umstände entnehmen lassen (vgl. insbesondere Urk. 11/15 S. 2 f.). Insbesondere genügt die Tatsache, dass sie am 25. Mai 2000 nebst einer HWS-Distorsion auch noch eine MTBI erlitten hatte (vgl. Urk. 1 S. 14), nicht zur Einordnung des ersten Unfalls bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen. Die Frage, ob das zweite Unfallereignis vom 26. Mai 2001 wie von der SUVA angenommen nicht einmal in den mittelschweren Bereich fällt (vgl. Urk. 2 S. 5), kann aufgrund des Verfahrensausgangs offen bleiben.

5.2 Bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen die in Erw. 1.4.2 aufgeführten unfallbezogenen Merkmale in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein oder es muss eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegen, damit die Adäquanz bejaht werden kann.

Unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1 S. 14) haben sich die beiden Unfälle vom 24. Mai 2000 sowie vom 26. Mai 2001 weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch waren sie - objektiv betrachtet - besonders eindrücklich.

Die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer MTBI genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet erscheinen, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Es bedarf dazu einer besonderen Schwere der das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 7.2.1 mit Hinweisen). Die im Anschluss an die Unfälle klinisch fassbaren typischen Beschwerden nach Schleudertrauma waren nicht besonders schwer. Ebenfalls steht das erhebliche, anhaltende neuropsychologische Störungsbild nach Auffassung der Ärzte höchstwahrscheinlich nicht in direktem Zusammenhang mit den Unfällen (vgl. vorstehend Erw. 4.2.2). Hinsichtlich des zweiten Unfalls trifft zwar zu, dass eine HWS-Distorsion, welche wie vorliegend hauptsächlich aufgrund der früheren HWS-Distorsion auf eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, erfahrungsgemäss speziell geeignet ist, die "typischen Symptome" nach Schleudertrauma hervorzurufen. Indes gingen sowohl die Beschwerdeführerin als auch ihr Ehemann und der Hausarzt Dr. C. ___ davon aus, dass der zweite Unfall einzig zu einer Verstärkung der psychischen Problematik beitrug beziehungsweise dass die als somatisch imponierenden Beschwerden hauptsächlich aus dem ersten Unfall herrühren (vgl. Urk. 10/2, Urk. 10/22 = Urk. 11/71 S. 6, Urk. 10/22a S. 2). Auch der Umstand, dass sowohl die anlässlich des ersten Unfalls im Auto mitanwesende Tochter der Beschwerdeführerin wie auch ihr Ehemann, der bei beiden Unfällen dabei war, nie in wesentlichem Ausmass arbeitsunfähig waren (vgl. Urk. 10/16 S. 3, Urk. 11/8 S. 3, Urk. 11/97 S. 3), spricht dagegen, dass die Unfallfolgen besonders schwer waren. Dieses Kriterium ist daher ebenfalls nicht gegeben.

Es kann auch nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung der somatischen Beschwerden - vor allem der geringfügigen Muskelverspannungen - die Rede sein. Wie bereits zuvor in Erw. 4.2.2 ausgeführt waren diese Beschwerden nie besonders ausgeprägt. Die Ärzte der A. ___ fanden im Zeitraum Dezember 2000/Januar 2001 lediglich leichte Verspannungen im Bereich des Musculus trapezius sowie Musculus levator scapulae, und während der zweiten stationären Rehabilitation vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2002 war der Tonus der Schulter- und Nackenmuskulatur unauffällig. Die stationären Aufenthalte in der A. ___ wurden sodann hauptsächlich zur Behandlung und Abklärung der das Beschwerdebild dominierenden, mit organischen Befunden nicht erklärbaren Symptome veranlasst.

Auch die Adäquanzkriterien (körperliche) Dauerbeschwerden sowie schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen sind nicht erfüllt, da die vorwiegend psychisch begründeten Beschwerden als solche bei der Adäquanzprüfung nicht zu berücksichtigen sind und allfällige komplizierte Abklärungen im Zusammenhang mit internmedizinischen (Nebennierenrinden-Vergrösserung und Pyelonephritis, arterielle Hypertonie; vgl. Urk. 11/94/1-2) und gynäkologischen Problemen (Uterus myomatosus; vgl. Urk. 11/109) nicht beachtet werden können, da diese Beschwerden klarerweise nicht unfallkausal sind.

Zwar war die Beschwerdeführerin ab dem ersten Unfall jahrelang zu 100 % arbeitsunfähig. Das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist aber höchstens in mittelschwerer Ausprägung erfüllt, da den Ärzten und Neuropsychologen der A. ___ jeweils eine mässige Leistungsbereitschaft

beziehungsweise Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin auffiel (vgl. Urk. 10/22 = Urk. 11/71 S. 3, Urk. 11/38, Urk. 11/41 S. 3, Urk. 11/112 S. 3). Auch hat sie den nach der ersten stationären Rehabilitation empfohlenen Arbeitsversuch (vgl. Urk. 11/41 S. 4) nie in Angriff genommen (vgl. Urk. 11/65, Urk. 11/67). Es fehlen daher Hinweise dafür, dass sie ernsthafte Versuche zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit unternommen hätte (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 7.7.1).

Für eine ärztliche Fehlbehandlung schliesslich fehlen in den Akten Hinweise.

Abschliessend ergibt sich, dass ein einziges Adäquanzkriterium in höchstens mittlerem Ausmass erfüllt ist. Dies reicht zur Adäquanzbejahung nicht aus.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die physischen Beschwerden seit den beiden Unfällen im Verlauf nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben, weshalb die Adäquanzprüfung nach den für Unfälle mit psychischen Folgeschäden geltenden Grundsätzen zu erfolgen hat. Von den zu prüfenden Adäquanzkriterien ist nur eines teilweise erfüllt, was bei der Einordnung der Unfälle als leichtere Fälle mittelschwerer Unfälle zur Adäquanzbejahung nicht ausreicht. Die Vorinstanz hat das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen den nach der Leistungseinstellung per 31. Juli 2006 fortbestehenden Beschwerden und den beiden Unfällen vom 24. Mai 2000 sowie vom 26. Mai 2001 demnach zu Recht verneint. Bei diesem Ausgang besteht auch kein Anspruch auf die beantragten weiteren Versicherungsleistungen (Rente und Integritätsentschädigung). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Christine Fleisch
 - Rechtsanwalt Christian Leupi
 - Bundesamt für Gesundheit

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.