

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00179 vom 9. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00179 du 9 mars 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00179 del 9 marzo 2008

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall am 22. Februar 2006 im F. untersucht (Urk. 8/3 Ziff. 1).

In einem Bericht vom 23. März 2006 führte Dr. med. G., Oberarzt F., zum Unfallhergang aus, die Beschwerdeführerin habe sich beim Aufstehen am Arbeitsplatz mit der rechtsparietalen Kopfseite an einer metallenen Tischkante angeschlagen. Sofort seien heftige rechtsseitige Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, ein einmaliges Erbrechen und ein Tinnitus aufgetreten. Im weiteren Verlauf sei es zu einer Ausbreitung der Schmerzen in die ganze Wirbelsäule bis zum Kreuz und zu sehr starken bewegungsabhängigen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Armes gekommen (Urk. 8/3 Ziff. 2).

Die Beschwerdeführerin habe ein akutes Trauma mit heftigen Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in die rechte dorsolaterale Schulter und in den rechten Oberarm erlitten. Sie leide seit mindestens Oktober 2003 an Nacken- und Kopfschmerzen mit wiederholter Ausstrahlung in die rechte Schulter und den rechten Oberarm. Die Beschwerden seien aufgetreten, nachdem ihr, ebenfalls am Arbeitsplatz, eine Tischplatte auf den Kopf gefallen sei (Urk. 8/3 Ziff. 6).

3.2 In einem Zwischenbericht vom 5. Mai 2006 stellten Dr. med. H., Assistenzarzt, und Dr. G. folgende Diagnosen (Urk. 8/14 Ziff. 1):

Complex regional pain syndrom (CRPS) Stadium I, rechter Arm, unklarer Genese, differentialdiagnostisch nach Schädelkontusion im Februar 2006 mit/bei

- subakutem cervikobrachialem und cervikocephalem Syndrom, stärker auf der rechten als auf der linken Seite mit/bei

- breitbasiger, beidseitiger mediolateraler Diskushernie bei C6/C7 mit gering bis mässiggradiger Foraminalstenose links ohne Nervenwurzelkompression (Kernspintomographie der Hals- und Brustwirbelsäule vom 20. April 2006)

- massiven myofaszialen Triggerpunkten in der rechtsseitigen Hals-, Nacken- und Schultermuskulatur

- Verdacht auf Schmerzausweitung bei Schmerzverarbeitungsstörung und fehlenden Copingstrategien

Seit der letzten Untersuchung seien ein Ameisenlaufen im Gesicht, Kribbelparästhesien und Hypästhesien im Bereich des gesamten rechten Armes hinzugekommen. Die Schmerzen im rechten Arm hätten sich verschlimmert (Urk. 8/14

Ziff. 2 Mitte).

3.3. Die Beschwerdeführerin war vom 11. April bis 24. Mai 2006 im F.____ hospitalisiert (Urk. 8/19 S. 1 oben).

In einem Bericht vom 24. Mai 2006 stellte Dr. H.____ fest, bei Eintritt in das Spital habe eine starke Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule bestanden. Ferner seien massive Triggerpunkte im Bereich der paravertebralen Muskulatur des Schultergürtels, der seitlichen Halsmuskulatur sowie der Oberarmmuskulatur rechts festgestellt worden. Der rechte Arm habe bei starken Allodynien praktisch nicht berührt oder bewegt werden können. Im Bereich des rechten Arms habe eine leichte diffuse Schwellung mit einer Hypersudation bestanden.

Auf einer im April 2006 erstellten Kernspintomographie der Halswirbelsäule sei eine breitbasige mediolaterale Diskushernie ohne Kompression der Wurzel bei C7 links zu sehen. Die Kernspintomographie des Schädels zeige einen normalen Befund. Eine Skelettszintigraphie habe eine verminderte Gewebephase mit einem erhöhten Knochenmetabolismus im Bereich des linken Vorderarmes und der linken Hand ergeben (Urk. 8/19 S. 1 unten).

Die Beschwerden hätten sich während der Hospitalisation verstärkt, wobei zusätzlich Symptome eines Tinnitus, ein Wärmegefühl, eine Photophobie, Cephalgien, ein Kribbeln periorbital, Schlafstörungen, Übelkeit und Erbrechen aufgetreten seien. Der Verdacht auf eine Schmerzausweitung bei einer Schmerzverarbeitungsstörung sei anlässlich eines psychiatrischen Konsiliums bestätigt worden (Urk. 8/19 S. 2 oben).

Dr. H.____ attestierte der Beschwerdeführerin für die Zeit der Hospitalisation vom 11. April bis 24. Mai 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/19 S. 2 Mitte).

3.4. In der Folge war die Beschwerdeführerin vom 24. Mai bis 21. Juni 2006 in der D.____ hospitalisiert (Urk. 8/27a S. 1 oben).

Im Austrittsbericht vom 23. Juni 2006 stellten Dr. med. I.____, Oberassistentärztin, und Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Leitender Arzt Orthopädisch Traumatologische Rehabilitation, folgende Diagnosen (Urk. 8/27a S. 1):

A. 13. Februar 2006: Kopf an einer Metallkante angeschlagen

- Schädelkontusion, subakutes cervikobrachiales und cervikokephales Syndrom, rechts mehr als links

- Im Verlauf: Complex regional pain syndrom (CRPS) des rechten Arms, unklarer Genese

B. Status nach Schädelkontusion, zirka Ende 2003

- myofasiales Schmerzsyndrom im oberen Quadrantenbereich rechts mit Tendenz zu hemiartiger Ausbreitung in die untere Extremität

B. Diskushernie C6/C7 mit gering bis mäßiggradiger Foraminalstenose links ohne Nervenwurzelkompression

C. Längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom

D. Penicillin-Allergie

Die Beschwerdeführerin gebe Müdigkeit und Kopf- und Nackenschmerzen an. Sie habe ein Kältegefühl im Gesicht mit Kribbeln und Schmerzen in der gesamten rechten Körperhälfte, teilweise verbunden mit Äbelkeit. Bereits vor zwei Jahren seien nach einer Schädeltkontusion ähnliche Beschwerden aufgetreten, die allmählich wieder zurückgegangen seien. Zuletzt hätten noch intermittierende Kopfschmerzen und eine vermehrte Müdigkeit bestanden (Urk. 8/27a S. 6 Mitte).

In den oberen Extremitäten seien keine Weichteilschwellungen oder Narben ersichtlich. Es bestehe eine diskret vermehrte Sudation der rechten Hand bei einer diskret lividen Verfärbung des Handrückens und der rechten Langfinger (Urk. 8/27a S. 7 oben). Eine klinische Untersuchung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei nicht möglich, da die Beschwerdeführerin bei nur in die Nähe Kommen mit ausgeprägten Schmerzen reagiere und sie keine Bewegungsprüfung zulasse (Urk. 8/27a S. 7 unten). Beim Austritt seien an der rechten oberen Extremität weder Verfärbungen der Haut noch trophische Störungen oder eine Temperaturdifferenz festgestellt worden (Urk. 8/27a S. 8 oben).

Die Beschwerdeführerin habe bereits beim Eintritt ein ausgeprägtes Schonungsverhalten mit praktisch funktionellem Ausschluss der gesamten rechten Körperhälfte gezeigt. Trotz Verabreichung von Analgetika in hoher Dosierung habe sie weiterhin demonstrativ über stärkste Schmerzen geklagt. In sämtlichen Therapien habe eine Selbst- und Schmerzlimitierung bestanden. Den rechten Arm habe sie demonstrativ geschont. Die angegebenen vegetativen Symptome mit Schwindel, Äbelkeit und Schweissausbrüchen hätten nie objektiviert werden können (Urk. 8/27a S. 3 Mitte). Strukturelle Schädigungen beständen nicht. Ein CRPS im Bereich des rechten Arms könne klinisch nicht bestätigt werden, da, abgesehen von einer lividen Verfärbung der Haut, keine objektivierbaren Symptome vorhanden seien.

Bei einem normalen Verlauf sollten die Beschwerden nach einer Schädeltkontusion nach zirka vier Monaten abgeklungen sein (Urk. 8/27a S. 3 unten).

Die psychiatrische Untersuchung habe eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung bei einem chronischen Schmerzsyndrom ergeben. Bei der Beschwerdeführerin bestehe im Zusammenhang mit den Schmerzen ein maladaptives Bewältigungs- und Überzeugungsmuster mit einer Schonhaltung und Selbstlimitierung in vielen Aktivitäten (Urk. 8/27a S. 3 oben). Eine psychiatrische Störung mit Krankheitswert, die eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte, liege nicht vor (Urk. 8/27a S. 2 oben).

Infolge einer erheblichen Symptorausweitung und Selbstlimitierung hätten keine physischen Leistungstests durchgeführt werden können. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung, als in den Therapien gezeigt, erbracht werden könnte. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Die

Beurteilung der Zumutbarkeit erfolge deshalb primär gestützt auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen im Behandlungsprogramm (Urk. 8/27a S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus unfallkausaler Sicht sei die Beschwerdeführerin, von einer Arbeit auf Leitern oder in anderweitig sturzgefährdeten Positionen abgesehen, als Mitarbeiterin in der Storenproduktion sowie in jeder anderen beruflichen Tätigkeit ganztags arbeitsfähig. Für den Einstieg sei ab dem 22. Juni 2006 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Ab dem 2. August 2006 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen (Urk. 8/27a S. 2 Mitte).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 30. Mai 2006 hatte in der D.____ ein psychosomatisches Konsilium stattgefunden. Die Untersuchung wurde in kroatischer Sprache geführt (Urk. 8/27b S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 31. Mai 2006 führten K.____, lic.phil., Klinische Psychologin, und Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, aus, im Verlauf seien bei der Beschwerdeführerin bei anhaltender Schmerzproblematik eine gedrückte Stimmung, eine erhöhte Ermüdbarkeit und ein Aktivitätsverlust aufgetreten. Als Diagnose sei von einer depressiv gefärbten Anpassungsstörung auszugehen (Urk. 8/27b S. 3 Mitte). Bei der Beschwerdeführerin habe sich eine passive, regressive Haltung eingestellt. Im Vordergrund stehe die Aktivierung der Beschwerdeführerin (Urk. 8/27b S. 3 unten).

3.6 Ä Ä Ä Ä In einem Bericht vom 25. Juli 2006 erwähnte Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurologie und Computer-Tomographie, bei der Untersuchung vom 21. Juli 2006 hätte die Halswirbelsäule der Beschwerdeführerin kaum bewegt werden können. Die Beschwerden seien im rechten Schulter- und Nackenbereich, im Bereich des levators scapulae, cervico-thorakal und cervical, in der Mitte, zu lokalisieren (Urk. 8/39 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es bestehe eine Schmerzsymptomatik, myofascial bedingt. Die Beschwerden liessen sich anhand eines Hartspans im Bereich der rechtsseitigen Nacken- und Schultermuskulatur, ohne sichere radikuläre Verteilung bei einer Cervicobrachialgie rechts, objektivieren. Als Begleiterscheinung sei eine neurovegetative Symptomatik mit Übelkeit und Erbrechen aufgetreten. Daneben bestehe eine Symptomausweitung mit einer Verarbeitungsstörung (Urk. 8/39.1).

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 12. Oktober 2006 nahm Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Sportmedizin, zum Austrittsbericht der D.____ vom 23. Juni 2006 und dem Bericht von Dr. E.____ vom 25. Juli 2006 Stellung (Urk. 8/49).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Einschätzung von Dr. M.____ könnten die Beschwerden nicht mehr auf den Unfall vom 13. Februar 2006 zurückgeführt werden. Vielmehr seien die Beschwerden als krankheitsbedingt zu betrachten. Die festgestellten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (Diskushernie bei C6/C7) könnten auch ohne eine eigentliche Wurzelkompression bei Irritation zu einem Hypertonus der rechtsseitigen Nacken-Schulter-Muskulatur führen. Zudem bestehe eine krankheitsbedingte psychische Erkrankung (Urk. 8/49 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei bereits durch die Ärzte der D. ___ bestimmt worden. Da auch bei einer erneuten kreisärztlichen Untersuchung von einer Selbstlimitierung bei Symptomausweitung auszugehen sei, sei kaum eine andere als die von den Ärzten der D. ___ vorgenommene Beurteilung zu erwarten. Nach dem üblichen Verlauf sollten die Beschwerden vier Monate nach einer Schädelkontusion abgeklungen sein. Aktuell acht Monate nach dem Unfall künnten die Beschwerden nicht mehr auf das Ereignis vom Februar 2006 zurückgeführt werden (Urk. 8/49 unten).

3.8 Am 18. August und 27. September 2006 fanden im P. ___ zwei Gespräche statt (Urk. 3/2 S. 1 oben).

Im Bericht vom 18. Oktober 2006 nannten med. pract. N. ___, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. O. ___, Klinischer Psychologe und Supervisor, P. ___, als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Anpassungsstörung, Adipositas, einen Verdacht auf Morbus Sudeck am rechten Arm, einen Status nach einer Schädelkontusion und ein subakutes cervikobrachiales und cervikocephales Syndrom (Urk. 3/2 S. 1).

Die Beschwerdeführerin klagt seit dem Unfall vom Februar 2006 über Erbrechen, Schwindel und Schmerzen im Bereich des Nackens, der Schultern und beider Arme. Daneben berichte sie über Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen und Schlafstörungen (Urk. 3/2 S. 1 Mitte). Den Alltag könne sie nicht mehr bewältigen (Urk. 3/2 S. 2 unten).

Während der Gespräche könne sich die Beschwerdeführerin kaum auf dem Stuhl halten. Im Gespräch sei sie bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die emotionelle Kontaktaufnahme erfolge abwartend distanziert. Es falle auf, dass die Beschwerdeführerin wenig Eigenverantwortung übernehme, da sie es tendenziell dem Ehemann überlasse, Gespräche zu führen und Informationen zu ermitteln. Im Spontanverhalten sei sie passiv. Affektiv erscheine sie adäquat kontrolliert. Die Symptome und ihr Verhalten stelle sie in Zusammenhang mit dem Unfall. In ihrer Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassungsgabe sei sie kognitiv verlangsamt. Das Denken erscheine formal eher unbeweglich. Inhaltlich seien ihre Gedanken auf ihre Probleme ausgerichtet. Mitwirkungsmöglichkeiten sehe die Beschwerdeführerin nicht. Anhaltspunkte für produktiv-psychotische Erlebensweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen) beständen nicht (Urk. 3/2 S. 2 Mitte).

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe bis auf Weiteres auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/2 S. 2 unten).

3.9 In einem Bericht vom 8. November 2006 führte Dr. E. ___ zu der nach der ersten Schädelkontusion erstellten Kernspintomographie, MRI, vom 31. August 2004 aus, auf dem MRI sei eine laterale Diskushernie bei C6/7 rechts und eine Protrusion bei C7/Th1 links festgestellt worden. Zu dem am 22. Februar 2006 erstellten MRI werde in den Akten keine Diskushernie mehr beschrieben. Im MRI vom 20. April 2006 schliesslich sei eine breitbasige beidseitige medio-bilaterale Diskushernie bei C6/7 ohne kompressive Wirkung festgestellt worden. Mittels einer Skelettszintigraphie sei zudem ein Morbus Sudeck am rechten Vorderarm und an der rechten Hand, unklarer Genese, diagnostiziert worden (Urk. 8/64 = Urk. 3/1).

Es erstaune, dass die Diskushernie im Bereich C6/7 im Längsschnitt und der festgestellte Morbus Sudeck nicht diskutiert worden seien und die Erklärung der Beschwerden einzig auf der psychischen Ebene gesucht worden sei. Die Beschwerdeführerin habe bereits Ende 2003 ein ähnliches Trauma erlitten. In psychischer Hinsicht sei sie nach der ersten Kontusion gesund gewesen (Urk. 8/64.1 Mitte).

In einem weiteren Bericht vom 8. Januar 2007 erwähnte Dr. E. ____, die Beschwerdeführerin habe bei der letzten Untersuchung über massivste Schmerzen im Bereich der rechten Nacken- und Schulterregion geklagt. Eine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (Urk. 8/65 = Urk. 3/3).

E. 4

4.1 Die Ärzte der D. __ und des F. __ stellten bei der Beschwerdeführerin eine Diskushernie bei C6/C7, ein subakutes cervikobrachiales und cervikocephales Syndrom, ein complex regional pain syndrom (CRPS) im rechten Arm und eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung bei einem chronischen Schmerzsyndrom fest (Urk. 8/27a S. 1, Urk. 8/14 Ziff. 1).

4.2 Nach den Ärzten der D. __ ist die Beschwerdeführerin aus unfallkausalen Sicht nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 8/27a S. 2 Mitte). In ihrer Stellungnahme vom 12. Oktober 2006 legte Dr. M. __ gestützt auf den Austrittsbericht der D. __ und den Bericht von Dr. E. __ vom 25. Juli 2006 mit überzeugender Begründung dar, dass die Beschwerden nach einer Schädeltkontusion üblicherweise nach vier Monaten abgeklungen sein sollten. Die bei der Beschwerdeführerin festgestellten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule kämten bei Irritation zu einem Hypertonus der rechtsseitigen Nacken-Schulter-Muskulatur führen. Die Beschwerden seien nach acht Monaten daher nicht mehr auf den Unfall, sondern auf die krankheitsbedingten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und auf die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin zurückzuführen (Urk. 8/49).

In seinem Bericht vom 8. November 2006 beanstandete Dr. E. __ lediglich, dass die Diskushernie bei C6/7 und der im rechten Arm diagnostizierte Morbus Sudeck zu wenig diskutiert worden seien und man die Erklärung der Beschwerden einzig auf psychischer Ebene gesucht habe (Urk. 8/64.1 Mitte). Indessen lässt sich den Berichten von Dr. E. __ nicht entnehmen, ob die festgestellten Beschwerden noch auf den Unfall zurückzuführen sind.

Die Einschätzung durch Dr. M. __ überzeugt um so mehr, als nach geltender Rechtsprechung betreffend Kausalzusammenhang zwischen Unfall und degenerativen Rückenbeschwerden eine signifikante und damit dauernde Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, nur dann überwiegend wahrscheinlich ist, wenn die Röntgenkopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeigt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 mit Hinweisen, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen J vom 25. Oktober 2007, U 530/06, Erw. 4.2).

In Anbetracht des eher leichten Unfalls ist mit Dr. M. __ davon auszugehen, dass die noch bestehenden somatischen Beschwerden auf die

krankheitsbedingten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule zurückerzählbar sind. Die Beschwerden im rechten Arm konnten von den Ärzten der D. ___ nicht objektiviert werden (Urk. 8/27a S. 3 unten), weshalb ein Kausalzusammenhang zum Unfall auch insofern zu verneinen ist.

4.3 Damit ist weiter zu prüfen, ob die diagnostizierte Anpassungsstörung eine adäquate Folge des Unfalls vom Februar 2006 ist.

Die Beschwerdeführerin schlug sich am 13. Februar 2006 während der Arbeit den Kopf an einer Metallkante an (Urk. 8/2 Ziff. 6). Dass sie sich dabei strukturelle Schädigungen oder sonstige erhebliche Verletzungen zugezogen hätte, verneinten die Ärzte der D. ___ (Urk. 8/27a S. 3 unten). Hinweise auf eine solche Verletzung finden sich auch in den Berichten von Dr. E. ___ nicht. Das Ereignis vom 13. Februar 2006 ist daher den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies deckt sich mit der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 5. November 2004, Erw. 4.1 mit Hinweisen, im Falle einer Versicherten, die mit dem Kopf auf dem Boden aufgeschlagen war). Da ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen, fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der im Verlauf aufgetretenen Anpassungsstörung. Die Einstellung der erbrachten Leistungen durch die Beschwerdegegnerin auf den 31. Oktober 2006 erfolgte daher zu Recht.

4.4 Da es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall fehlt, besteht nach Art. 18 ff. und Art. 24 f. UVG auch kein Anspruch auf eine Rente oder eine Integritätsentschädigung. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Milosav Milovanovic
 - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
 - 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.