

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00184 vom 14. November 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00184

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00184 du 14 novembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00184 del 14 novembre 2008

Erwägungen

E. 3

leicht eingeschränkte Beweglichkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule

E. 4

wahrscheinlich leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung

E. 5

Anpassungsstörung

Die Kernspintomographie des Schädels vom 9. Januar 2003 habe eine wenige Millimeter grosse Läsion im Corpus striatum rechts mit Übergriff auf das Caput nuclei caudati ergeben. Im Bericht der Klinik D.____ vom 9. Januar 2003 würden in der Differentialdiagnose zudem ein Restzustand nach durchgemachter kleiner Blutung und ein Cavernom erwähnt (Urk. 9/10 S. 2).

Der Beschwerdeführer zeige eine neuropsychologische Störung, die aufgrund einer Überlagerung durch psychoreaktive Anteile schwer zu quantifizieren sei. Die Störung sei als leicht bis mittelschwer einzuschätzen. Der Beschwerdeführer klage über eine starke Vergesslichkeit, Benommenheit, Schwindel und insbesondere Kopfschmerzen. Die geklagten Beschwerden seien nur zum Teil objektivierbar (Urk. 9/10 S. 3 oben). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (Urk. 9/10 S. 4).

Prof. C.____ führte in einem Bericht vom 30. Mai 2003 aus, der Beschwerdeführer berichte anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 28. Mai 2003 über stärkere Beschwerden als bei seiner Entlassung. Er habe unverändert starke Schmerzen im Hinterhauptbereich, so dass er nicht schlafen könne. Der Drehschwindel sei ebenfalls stärker geworden. Insgesamt vier bis fünf Mal seit seiner Entlassung seien Anfälle aufgetreten, wobei er jeweils für 30 bis 60 Minuten das Bewusstsein verloren habe. Anschliessend habe er während etwa einer Stunde Verkrampfungen an Armen und Beinen (Urk. 9/18 S. 1).

Die Gesamtsituation des Beschwerdeführers erweise sich als eher schlechter als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik. Das Krankheitsgeschehen werde offensichtlich durch Beschwerden aus dem psychiatrischen Bereich dominiert. Die psychiatrische Komponente stelle für die geklagten Kopfschmerzen zumindest eine nicht unerhebliche Teilursache dar. Allerdings sei von einem organischen Kern der Beschwerden auszugehen (Urk. 9/18 S. 2 unten).

Ergänzend berichtete Prof. C.____ am 4. Juni 2003, aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und dem erstellten Elektroenzephalogramm erscheine

eine epileptische Genese der geschilderten Attacken als unwahrscheinlich. Die psychiatrische Symptomatik scheine auch insofern im Vordergrund zu stehen (Urk. 9/21).

3.4. Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, führte in der Zumutbarkeitsbeurteilung vom 8. November 2004 aus, die Beurteilung werde durch die psychische Veränderung des Beschwerdeführers nach hirnorganischer Schädigung bestimmt. Sie lasse sich von chirurgischer Seite nicht bestimmen. Von Seiten der Wirbelsäule könne der Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Arbeiten ausführen, wobei das Tragen von Lasten bis zu 20 kg möglich sei. Zu vermeiden seien dauernde Arbeiten in vornüber gebeugter Stellung (Urk. 9/46).

Es bestehe ein Status nach einem Sturz mit einer Kontusion des Kopfes, einer commotio cerebri mit Stammganglien-Einblutungen rechts in den Nucleus caudatus mit Vorderhornkompression sowie einer Fraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers mit einem Kyphosewinkel von 14°. Neuropsychologisch sei die Diagnose einer leichten bis mittelschweren Hirnfunktionsstörung gestellt worden. Dafür sei eine Integritätsentschädigung von 35 % auszurichten. Die Folgen der Fraktur der Lendenwirbelsäule seien mit 15 % zu entschädigen, was eine Integritätsentschädigung von 50 % ergebe (Urk. 9/47).

3.5. Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie und Fachärztin für Psychiatrie, Versicherungsmedizinerin der Beschwerdegegnerin, nahm am 28. Februar 2005 zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 9/52).

Die vom Beschwerdeführer anlässlich der neurologischen Untersuchungen in der Rehaklinik B.____ geäusserten halbseitigen Gefühlsstörungen seien mit Sicherheit nicht auf die festgestellte Läsion zurückzuführen. Die Lokalisation der Läsion erkläre auch die angegebenen neuropsychologischen Störungen nicht. Hinweise auf weitere Veränderungen, insbesondere in Bereichen, die für neuropsychologische Funktionsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen nach einem Schädelhirntrauma verantwortlich zu machen wären, beständen nicht (Urk. 9/52 S. 2 f.).

3.6. Der Beschwerdeführer wurde am 9. Februar 2006 unter Anwesenheit eines Dolmetschers durch Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, untersucht (Urk. 9/105 S. 1).

Dr. G.____ führte in dem Bericht vom 10. Februar 2006 aus, der Beschwerdeführer schildere bei der Befragung relativ stereotyp einen Tinnitus, ohne spezifische Angaben dazu zu machen (Urk. 9/105 S. 4 oben). Die Prüfung der Geruchsfähigkeit des Beschwerdeführers habe widersprüchliche und schwierig zu interpretierende Befunde ergeben. Der Beschwerdeführer gebe durchwegs an, er nehme nichts wahr, obwohl nicht ausschliesslich olfaktorische Reizungen ausgelöst worden seien. Auch bezüglich des Schwindels ständen die Angaben des Beschwerdeführers mit seinem Verhalten und den Untersuchungsergebnissen im Widerspruch. Der Beschwerdeführer habe anlässlich einer gleichentags erfolgten nochmaligen Befragung durch die Psychiaterin, als nicht mehr die Untersuchung des Gleichgewichtes zur Diskussion stand, normal gehen können (Urk. 9/105 S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend könne eine wesentliche Funktionsstörung des Gleichgewichtssystems und eine Schädigung im Bereich der Innenohren ausgeschlossen werden. Die durchgeführten Prüfungen psychometrischer respektive subjektiver Art hätten Unsicherheiten und wenig glaubhafte Befunde ergeben (Urk. 9/105 S. 5).

3.7 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls am 9. Februar 2006 erfolgte die Untersuchung durch Dr. med. H. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiterin Versicherungspsychiatrischer Dienst der Beschwerdegegnerin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. H. ___ erklärte in dem Bericht vom 10. März 2006, der Beschwerdeführer klagt über Kopfschmerzen auf der rechten Seite bis zum Kleinhirn. Auch in der Wirbelsäule habe er Schmerzen (Urk. 9/106 S. 8 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fehlende Hinweise auf eine neurologische Symptomatik und die Fähigkeit des Beschwerdeführers, seine Beschwerden bei beharrlichem Nachfragen differenziert schildern zu können, würden dafür sprechen, dass die dramatische Ausgestaltung und die phantastische Darstellung seiner Beschwerden nicht als Realität zu verstehen sei. Eine gewisse Begehrlichkeit könne nicht ausgeschlossen werden (Urk. 9/106 S. 14 f.). Der Beschwerdeführer leide zusammengefasst an einer protrahierten Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F 43.23 nach ICD-10), was zu einer minimalen bis geringen Einschränkung der Leistungsfähigkeit führe. Der Beschwerdeführer sei jedoch in der Lage, eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit auszuführen. Er benötige eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, um die verbleibenden Ängste und die Verunsicherung besser bewältigen zu können (Urk. 9/106 S. 16 Mitte). Bei den erfolgten Untersuchungen sei zu berücksichtigen, dass die Verstärkung mit dem Beschwerdeführer bis anhin ohne Dolmetscher erfolgt sei (Urk. 9/106 S. 16 Mitte).

3.8 Ä Ä Ä Ä Die neurologische Untersuchungen durch Dr. F. ___ fanden am 9. September 2005 und am 9. Februar 2006 statt (Urk. 9/107 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F. ___ führte in ihrem Bericht vom 3. April 2006 aus, die genauen Umstände und die Dauer der Amnesie und der Bewusstlosigkeit als Folge des Unfalls seien unbekannt. Unklar sei auch, ob der Beschwerdeführer ein Schädel-Hirntrauma erlitten habe. Der Beschwerdeführer habe ein Kavernom im Stammganglienbereich rechts. Dabei handle es sich um eine angeborene, selten auch erworbene Gefäßsfehlbildung, die auch familiär gehäuft vorkomme. Das Blutungsrisiko dieser Kavernome liege bei 0.5 bis 1 % pro Jahr beziehungsweise bei 1.1 % (Urk. 9/107 S. 11 oben). Die Diagnose einer wahrscheinlich leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung sei aufgrund der vorliegenden Berichte nicht haltbar. Eine neuropsychologische Funktionsstörung sei nicht mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (Urk. 9/107 S. 12 Mitte). Bei der zweimaligen Exploration des Beschwerdeführers hätten sich keine Hinweise auf kognitive Störungen ergeben (Urk. 9/107 S. 14 Ziff. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer nehme regelmäßig Temesta ein. Das Medikament könne bekanntermassen Schwindel und Unsicherheiten beim Gehen auslösen. Schwindel und ein Tinnitus seien aus neurologischer Sicht nur in Verbindung mit anderen fokalen (Hirnstamm)-Symptomen verdächtig. Solche seien beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt erhoben worden (Urk. 9/107 S. 12 f.).

Die aktuell geklagten Kopfschmerzen ständen in Zusammenhang mit dem übrigen Symptomenkomplex eher unspezifisch und phantastisch dargestellter Beschwerden. Dr. H.____ habe diese nachvollziehbar gedeutet. Sie, Dr. F.____, habe dem Beschwerdeführer bereits am 9. September 2005 die Beendigung der Schmerzmedikation nahe gelegt. Die Schmerz-medikation und die abendliche Einnahme von Temesta seien unter Führung eines Neurologen beziehungsweise eines Psychiaters durch ein Antidepressivum zu ersetzen (Urk. 9/107 S. 13 Mitte).

Dem Beschwerdeführer seien aus neurologischer Sicht Arbeiten in grosser Höhe auf Leitern und Gerüsten nicht zumutbar. Für alle anderen leichten Tätigkeiten sei er zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/107 S. 14 Ziff. 2).

Der Bericht von Dr. med. I.____, Neurochirurgie, vom 5. August 2006 wurde aus dem Albanischen ins Deutsche übersetzt (Urk. 9/144 S. 1).

Nach dem Bericht von Dr. I.____ leide der Beschwerdeführer an Schmerzen im Bereich der Hals- und Schulterregion und im Bereich des linken Arms. Er fühle sich übermüdet und kraftlos. Der Beschwerdeführer habe Schwierigkeiten beim Bewegen des Kopfes. Es bestehe ein Drehschwindel. Es handle sich um eine zervikal myopathische Erscheinung, die von einem Gleichgewichtsverlust begleitet werde.

Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/144 S. 1).

4.1

Die Beschwerdegegnerin hat in chirurgischer, psychiatrischer, neurologischer und neurootologischer Hinsicht umfassend und hinreichend abgeklärt, ob der Beschwerdeführer als Folge des Unfalls vom 17. Oktober 2002 noch in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Ein Bedarf für weitere Abklärungen besteht daher nicht.

Nach der Beurteilung durch Dr. E.____ und Dr. F.____ ist dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere Arbeit vollumfänglich zumutbar. Nach Einschätzung dieser Ärzte besteht einzig eine Einschränkung für dauernde Arbeiten in vornüber gebeugter Stellung oder für Arbeiten in grosser Höhe. Die psychiatrische Abklärung ergab, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung leidet, wobei ihm gleichwohl eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit möglich ist. Die Abklärung durch Dr. G.____ ergab keinen relevanten objektivierbaren Befund.

Einzig Dr. I.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Bericht von Dr. I.____ vom 5. August 2006 gibt zur Hauptsache die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wieder. Als Befund stellte Dr. I.____ unter anderem die bereits im Bericht von Prof. Dr. C.____ vom 17. Februar 2003 erwähnten Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers (Urk. 9/10 S. 3 Mitte) fest. Hingegen führte Dr. I.____ nicht weiter aus, weshalb dem Beschwerdeführer keine Tätigkeit mehr zumutbar sein sollte. Der Bericht von Dr. I.____ vermag die ausführlich, in sich schlüssig und nachvollziehbar begründete Einschätzung durch Dr. F.____, Dr. H.____ und Dr. G.____ nicht zu widerlegen. Auf die Berichte der genannten Ärzte ist daher abzustellen.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit als dahingehend erstellt, dass dem Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ein

volles Arbeitspensum zumutbar ist.

5.1.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

1.1.1.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid auf ein Valideneinkommen von Fr. 71'500.-- ab (vgl. die Angaben zum versicherten Verdienst des Beschwerdeführers, Urk. 9/133 Ziff. 2, Urk. 9/130). Die Berechnung des Valideneinkommens ist unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden.

5.2.1.1.1.1.1 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschadens zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) oder DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1).

1.1.1.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Invalideneinkommen anhand von Profilen aus der Dokumentation zumutbarer Arbeitsplätze (DAP). Bei den fünf ausgewiesenen Arbeitsplätzen handelt es sich um leichte Kontroll- und Sortierarbeiten, die dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zumutbar sind. Der Beschwerdeführer könnte dabei ein Einkommen von durchschnittlich Fr. 53'253.-- erzielen (Fr. 52'013.--, Fr. 56'355.--, Fr. 48'750.--, Fr. 52'299.--, Fr. 56'849.--; Urk. 9/134). Die Dokumentation beinhaltet fünf konkrete Arbeitsplätze, wobei für jede Stelle ein Tätigkeitsbeschreibung und Angaben über den Durchschnitts- sowie den Höchst- und Tiefstlohn angegeben sind (Urk. 9/134). Die Dokumentation genügt damit den von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen (vgl. BGE 129 V 480 Erw. 4.2.2). Der Einwand des Beschwerdeführers, er wolle erfahren, welche konkreten Tätigkeiten sich hinter den Zahlen verbergen würden (Urk. 1 S. 5 oben), erweist sich ebenso wie die nicht weiter spezifizierte Behauptung, DAP-Profile dürften für eine solche Schätzung gar nicht herangezogen werden (Urk. 1 S. 5 Mitte), als haltlos. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein Abzug von dem mittels DAP-Profilen ermittelten Einkommen anders als bei der Berechnung mittels Tabellenlöhnen nicht sachgerecht und unzulässig (BGE 129 V 482 Erw. 4.2.3), womit auch die Vorbringen des Beschwerdeführers, auf dem berechneten Einkommen sei ein Abzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 6 oben), ins Leere gehen.

5.3.1.1.1.1.1 Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen für

verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 276 Erw. 4b; ZAK 1991 S. 321 Erw. 3b und 1985 S. 462 Erw. 4b; vgl. auch BGE 130 V 346 Erw. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat vielmehr nur soweit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. Erw. 3b; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen S. vom 29. März 2005, I 273/04, in Sachen V. vom 5. Mai 2004, I 591/02, in Sachen K. vom 13. März 2000, I 285/99, und in Sachen K. vom 17. April 2000, U 176/98).

Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, es sei für ihn schwierig, überhaupt eine Stelle zu finden (Urk. 1 S. 5 unten), ändert nichts daran, dass dieser auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in zumutbarer Weise ein Einkommen von durchschnittlich Fr. 53'253.-- erzielen könnte. Nach dem Gesagten ist nicht erstellt, dass die Beschwerdegegnerin von einem zu hohen Invalideneinkommen ausgegangen wäre.

Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 71'500.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 53'253.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'247.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 26 %, wie von der Beschwerdegegnerin berechnet, entspricht.

Die Schätzung des Integritätschadens durch Dr. E. ___ vom 8. November 2004 setzt sich aus einer Entschädigung von 15 % für die Folgen der Fraktur des Lendenwirbelkörpers und einer Entschädigung von 35 % für die Folgen der diagnostizierten Hirnfunktionsstörung zusammen (Urk. 9/47). Dr. F. ___ wandte sich in ihrem Bericht vom 3. April 2006 eingehend gegen die von Prof. Dr. C. ___, Rehaklinik B. ___, unmittelbar nach dem Unfall gestellte Diagnose einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung (Urk. 9/10 S. 3 oben). Nach Dr. F. ___ ist eine Störung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, da eine solche aufgrund der Kooperationsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Hinblick auf die psychopathologische Problematik weder quantitativ noch qualitativ zu erfassen war (Urk. 9/107 S. 12 Mitte). Dieser Einschätzung ist zuzustimmen, nachdem die Ärzte der Rehaklinik B. ___ selbst eine hirnorganisch bedingte Störung als lediglich wahrscheinlich angenommen hatten (Urk. 9/10 S. 2, Urk. 9/9 S. 3). Für die Folgen der Fraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers mit einem Kyphosewinkel von 14° erweist sich unter Berücksichtigung der Schmerzen des Beschwerdeführers eine Integritätsentschädigung von 15 % als angemessen.

Zusammenfassend ergibt sich ein Anspruch auf eine Invalidenrente von 26 % und eine Integritätsentschädigung von 15 %. Der angefochtene Entscheid erweist sich daher als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- 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.