

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00314 vom 26. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00314

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00314 du 26 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00314 del 26 giugno 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin begründete die Leistungseinstellung damit, dass die geklagten Beschwerden organisch nicht erklärbar respektive nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen seien und der status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht gewesen sei. Die psychischen Beschwerden ständen in keinem adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis (Urk. 2).

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, dass die Beurteilung der Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf einem Aktenbericht des Kreisarztes Dr. med. E. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie (vgl. Urk. 9/26), beruhe, welcher ohne eigene Untersuchung erfolgt sei und sich nicht mit allen Beschwerden auseinandersetze. Die seit dem Unfall bestehenden somatischen Beschwerden am rechten Bein, an der Hüfte, am Becken, an der Wirbelsäule und im Kopfbereich seien auch nach dem Juli 2006 fortbestehend und der status quo sine nicht erreicht. In bezug auf die psychischen Beschwerden sei die Adäquanz zudem erfüllt (Urk. 1).

2.3 Materiell streitig und zu prägen ist, ob die vom Beschwerdeführer im Zeitpunkt der von der SUVA verfügten Einstellung der Leistungen per 26. Juli 2006 (Heilkosten) und Ende August 2006 (Taggelder) geklagten Beschwerden noch in einem rechtserheblichen Kausalzusammenhang stehen.

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer hat beim Unfall vom 29. November 2005 gemäss Arztzeugnis von Dr. Z. ____, vom 13. Dezember 2005, welches gestützt auf die Erstuntersuchung vom 30. November 2005 erstellt wurde, seinen Rücken und das rechte Bein verletzt. Dr. Z. ____ schrieb den Beschwerdeführer bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig und verschrieb ab 13. Januar 2006 Physiotherapie (Urk. 9/2, 9/9). Die von ihm veranlassten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (LWS), des Beckens und der rechten Hüfte sowie des rechten Kniegelenks und des rechten oberen Sprunggelenks des Medizinisch Radiodiagnostischen Instituts, Zürich, vom 30. November 2005 zeigten eine Osteochondrose und Spondylose auf Höhe der 4. und der 5. lumbalen Bandscheibe, eine Spondylarthrose der unteren LWS und eine leichtgradige medial betonte Gonarthrose. Das Vorliegen posttraumatischer ossärer Läsionen wurde vom zuständigen Dr. med. F. ____, Spezialarzt FMH für Radiologie, verneint (Urk. 9/3).

Anlässlich einer Besprechung vom 23. Januar 2006 erklärte der Beschwerdeführer gegenüber der zuständigen Sachbearbeiterin der Beschwerdeführerin, dass er auf einem Gerüstladen in zirka 1,5 Metern Höhe das

Gleichgewicht verloren habe. Er sei auf dem Betonboden zuerst mit dem rechten Bein aufgeschlagen und habe sich das Fussgelenk verknackst, dann sei er nach rechts gekippt und mit der rechten Rückenseite und Schulter gegen die Hausmauer geschlagen. Er sei mit dem rechten Gesäss aufgeschlagen und habe sich das rechte Knie verdreht. Kurze Zeit sei er am Boden gelegen und sei bewusstlos gewesen. Ein Kollege habe ihn nach Hause gefahren. Am Nachmittag seien zunehmende Schmerzen in der rechten Kopf- und Nackenhälfte aufgetreten. Bis am Abend hätten die Schmerzen und die Schwellungen im Knie zugenommen. Aktuell gehe er noch mit Hilfe eines Gehstocks. Er verspüre Schmerzen in der rechten Hälfte, im rechten Knie und im Fussgelenk, ab und zu auch in der rechten Schulter, in der rechten Nackenseite und im Kopf. Seit dem Unfall schlafe er nicht mehr gut und nehme täglich Schmerztabletten. Ausserdem verspüre er ab und zu ein Ohrensausen rechts (Urk. 9/5).

Die Diagnosen im Austrittsbericht der A.____ lauteten wie folgt (Urk. 9/16/1):

"A. 29.11.2005 Gerüstesturz von 3m Höhe ohne Bewusstseinsverlust

- Kontusion LWS/Becken, rechte Hälfte, rechtes Kniegelenk sowie rechtes OSG

- 30.11.2005: Kein radiologischer Nachweis einer posttraumatischen ossären Läsion. Osteochondrose und Spondylose lumbale Band- schein 4 und 5. Spondylarthrose untere LWS.

B. Während Hospitalisation Sturz auf die linke Hand mit Kontusion ohne ossäre Läsionen

C. Arterielle Hypertonie."

Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt 3 ½ Monate nach dem Unfall ein groteskes Auftreten gezeigt. Er sei im 4-Punktengang an Unterarmgehstützen gekommen, das Gehen, Stehen, Sitzen und Liegen sei schmerzbedingt kaum möglich gewesen. Zusätzlich habe er über intermittierende Kopfschmerzen mit Ohrgeräuschen rechts und Ausstrahlung nach rechts thorakal geklagt. Klinische Untersuchungen der LWS und der unteren Extremitäten seien schmerzbedingt kaum möglich gewesen. Die Motorik, Sensibilität und die Muskeleigenreflexe der oberen Extremitäten seien soweit normal gewesen bei etwas eingeschränkter Beweglichkeit. Während der Physiotherapie am 26. April 2006 sei er gestärkt. Die darauf vorgenommenen Röntgenaufnahmen hätten jedoch weder eine ossäre Pathologie noch Instabilitäten aufgezeigt. In der Physiotherapie sei ein freier Stand ohne Gehstützen wie auch das selbständige Treppensteigen über einen Stock nicht erreicht worden. Der Beschwerdeführer betone die unveränderte ursprüngliche Symptomatik mit zusätzlichen Schmerzen der linken Hand. Die gesamte rechte Körperhälfte scheine, gemäss Aussage des Beschwerdeführers, nicht zu ihm zu gehören. Ein physiotherapeutischer Zugang sei nicht möglich gewesen, weder auf Körperfunktions-/Strukturebene noch auf Aktivitätsebene. Die Arbeitsfähigkeit liege weiterhin bei 0 % (Urk. 9/16).

Der Kreisarzt Dr. E. ___ hielt in einer Stellungnahme vom 9. August 2006 fest, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall gehen können. Monate danach habe sich die Mobilität ohne medizinische Erklärung oder strukturelle Veränderungen auf groteske Art und Weise verschlechtert. Eine allfällige psychiatrische Erkrankung sei nicht abgeklärt worden. Die Beschwerdesituation bei Austritt aus der A. ___ sei sowohl aufgrund des Verlaufs, der fehlenden pathologischen anatomischen Befunde sowie des Unfallmechanismus unmöglich auf das Unfallereignis vom 29. November 2005 zurückzuführen (Urk. 9/26).

Der Fusschirurg Dr. B. ___, welcher den Beschwerdeführer am 28. August 2006 untersucht hatte, erklärte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom selben Tag, dass er die Meinung der Unfallversicherung teile. Aus seiner Sicht bestehe orthopädisch strukturell kein Schaden, welcher das Bild, das der Beschwerdeführer biete, vollständig erklären könne. Der von ihm beigezogene Neurologe habe den Beschwerdeführer aufgrund dessen fehlender Compliance nicht untersuchen können. Insbesondere sei aufgefallen, dass er das betroffene Kniegelenk beim Gehen an den Strecken problemlos gebeugt habe, bei der Untersuchung (im Sitzen oder Liegen) jedoch kaum habe beugen lassen, da er muskulär komplett dagegen verspannt habe. Ob ein zusätzlicher Schaden vorliege, könne er als Fusschirurg nicht beurteilen. Er schlage vor, dies im Rahmen eines Gutachtens durch Wirbelsäulenchirurgie, Hüftchirurgie und Neurologie beurteilen zu lassen (Urk. 9/33).

Dr. D. ___ stützte sein psychiatrisches Gutachten vom 23. März 2007 auf seine Untersuchung vom 20. März 2007, die medizinischen Akten - unter anderem einen Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des G. ___ vom 1. Februar 2007 (nicht in den Akten) -, und eine telefonische Auskunft des Hausarztes Dr. med. H. ___, hausärztliche Praxis Dr. Z. ___, vom 23. März 2007 (vgl. dazu Urk. 9/62 S. 1-3). Die Diagnose im von Dr. D. ___ zitierten Bericht des G. ___ vom 1. Februar 2007 lautete auf ein mittelgradiges depressives Syndrom, am ehesten auf der Grundlage eines chronischen Schmerzsyndroms nach dem Sturz 2005 im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Dr. H. ___ erklärte telefonisch, dass der Beschwerdeführer gleich nach dem Unfall so gewesen sei wie heute. Es sei aber klar, dass dieser Zustand nicht körperlich bedingt sei. Als Hausarzt könne er eigentlich nicht mehr viel mit dem Beschwerdeführer anfangen. Dieser könne oder wolle wohl nicht anders. Am Besten wäre es, ihn in eine psychiatrische Klinik zu schicken (Urk. 9/62 S. 3).

Gemäss Dr. D. ___ lässt sich psychiatrisch-diagnostisch das vom Beschwerdeführer dargebotene Zustandsbild nicht eindeutig interpretieren. Es liegen durchaus noch gewisse depressionsartige, eher unspezifische Symptome vor, welche jedoch nicht das typische Bild einer depressiven Episode aufwiesen. Auffallend sei neben der Schmerzfokussierung die kommunikative Störung im Sinne einer dissoziativen Symptomatik. Es könne von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausgegangen werden. Differentialdiagnostisch oder ergänzend falle eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.25) mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten in Betracht.

Diese Beschwerden seien als Reaktionen auf den Unfall respektive auf die dadurch bedingte Schmerzerfahrung zu verstehen (Urk. 9/62 S. 8 und S. 9).

3.2

3.2.1.1. Aufgrund der medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer bei seinem Sturz vom 29. November 2005 entsprechend der Diagnosestellung im Austrittsbericht der A.____ vom 28. Juni 2006 Kontusionen im Bereich LWS/Becken, der rechten Hüfte, des rechten Kniegelenks sowie des rechten oberen Sprunggelenks (Urk. 9/16 S. 1) zugezogen hat. Aufgrund der allseitigen Röntgenaufnahmen vom Unfallfolgetag (vgl. Urk. 9/3) ist erstellt, dass der Unfall keine ossären Läsionen nach sich gezogen hat. Dr. B.____ schloss zudem einen strukturellen Schaden im Bereich des rechten Fusses ausdrücklich aus (Urk. 9/33). Ausserdem stellte keiner der beteiligten Ärzte eine Bänder- oder Sehnenverletzung zur Diskussion. Entgegen der Darlegung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 4 und S. 7) kann weiter nicht als erstellt betrachtet werden, dass er eine Kopfverletzung aufgrund eines Aufpralls im Kopfbereich erlitten hat und bewusstlos war. Dagegen spricht einerseits die Schilderung des Unfallhergangs und des betroffenen Körperteils (Rücken) in der Unfallmeldung vom 30. November 2005 (Urk. 9/1) und andererseits, dass im Arzteugnis UVG von Dr. Z.____ vom 13. Dezember 2005 weder ein Kopfanprall noch eine Bewusstlosigkeit und auch nicht die vom Beschwerdeführer behaupteten, angeblich noch am Unfalltag aufgetretenen Kopf- und Nackenbeschwerden erwähnt sind (Urk. 9/2). Ausserdem scheint es sehr unglaubwürdig, dass, wäre der Beschwerdeführer bewusstlos gewesen, er den Unfallhergang in der im Bericht vom 23. Januar 2006 festgehaltenen Exaktheit (Urk. 9/5) hätte wiedergeben können. Auch fällt auf, dass in der ersten Verordnung zur Physiotherapie von Dr. H.____ vom 13. Januar 2006 (Urk. 9/9) im Gegensatz zu derjenigen vom 15. März 2006 (Urk. 9/10/2) noch keine Nacken-Kopfproblematik erwähnt ist. Nachträgliche Beweiserhebungen vermöchten an dieser Schlussfolgerung angesichts der fehlenden zeitlichen medizinischen Belege nichts zu ändern. Es ist folglich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Sturz vom 29. November 2005 weder eine milde traumatische Hirnverletzung noch eine andere organisch nachweisbare strukturelle Verletzung erlitten hat.

Die erlittenen Kontusionen zogen fraglos eine anfängliche Schmerzhaftigkeit nach sich; sie bilden jedoch angesichts der fehlenden strukturellen Schädigungen keine Erklärung für das in der Folge vom Beschwerdeführer geklagte Beschwerdebild mit sich generalisierenden Rücken-, Nacken-, Schulter und Kopfschmerzen mit Ohrgeräuschen rechts sowie Schmerzen im rechten Knie und oberen Sprunggelenk bis hin zur fast gänzlichen Immobilisation (vgl. Urk. 9/5 S. 1, 9/16 S. 2).

Unbestritten und aufgrund der Akten erstellt ist, dass der Beschwerdeführer degenerative Vorschädigungen im Bereich der unteren LWS und des rechten Kniegelenks aufwies (vgl. Urk. 9/3). Zwar wird die Möglichkeit, dass das Sturzereignis vom 29. November 2005 einen Beschwerdeschub der bereits vorbestandenen, degenerativ bedingten Schädigungen ausgelöst hat, ärztlicherseits nicht diskutiert. Selbst wenn aber von einem derartigen Beschwerdeschub auszugehen wäre, gilt es zu beachten, dass nach unfallmedizinischer Erfahrungstatsache eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur als nachgewiesen gelten kann, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 27. April 2006, U 393/05, Erw. 7.2).

Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr (erwähntes Urteil U 290/06, E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Mangels radioskopisch nachgewiesener Verschlechterung des Zustandes im Bereich der Lendenwirbelsäule ist vorliegend höchstens von einer vorübergehenden Verschlimmerung im Bereich der Lendenwirbelsäule auszugehen. Ebenso zeigten die Röntgenbilder im Bereich des rechten Knies keine unfallbedingte Verschlechterung der lediglich leichtgradigen Gonarthrose; auch diesbezüglich rechtfertigt sich die analoge Anwendung obiger Rechtsprechung. Sofern das Unfallereignis überhaupt zu einer traumatischen Verschlimmerung der zuvor klinisch stummen, eher leichtgradigen Vorzustände im Bereich des rechten Knies und der Lendenwirbelsäule geführt hat, ist das Erreichen des Status quo sine nach 8 (Heilkosten), respektive 9 Monaten (Taggelder) nicht zu beanstanden. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen organischer Unfallfolgen ab diesem Zeitpunkt zu Recht verneint.

Weitere Beweiserhebungen hierzu erübrigen sich, ist doch angesichts der fehlenden strukturellen Schäden in antizipierter Beweiswürdigung davon auszugehen, dass eine natürliche Kausalität körperlicher Defizite nicht mehr mit dem genügenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden könnten.

3.2.2.2 Im Anschluss an den Unfall sind beim Beschwerdeführer unbestrittenermassen auch psychische Störungen aufgetreten. Während das G. am 1. Februar 2007 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) erkannte (Urk. 9/64 S. 3), stellte sich Dr. D. am 23. März 2007 auf den Standpunkt, dass zwar noch depressionsartige, eher unspezifische Symptome vorlägen, jedoch im Wesentlichen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie differentialdiagnostisch oder ergänzend eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) und eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.25) mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten vorlägen.

Wie es sich in diagnostischer Hinsicht verhält, bedarf keiner weiteren Abklärung. Aufgrund der medizinischen Akten ist mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer jedenfalls an einer somatoformen Schmerzstörung und allenfalls einer zusätzlichen psychischen Einschränkung in Form depressiver und/oder dissoziativer Symptome leidet, welche unbestrittenermassen zumindest im Sinne einer Teilkausalität auf das Unfallereignis vom 29. November 2005 zurückzuführen sind, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1 mit Hinweisen).

4. Da keine nachweisbaren organischen Unfallfolgen bestehen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Adäquanzprüfung vorgenommen und das Unfallereignis als mittelschwer qualifiziert, und zwar selbst dann, wenn die Sturzhöhe, nicht, wie anfänglich dargelegt (Urk. 9/5), 1,5 Meter, sondern entsprechend der späteren Darstellung (Urk. 9/16 S. 2) 3 Meter betragen hätte (vgl. Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 27. Februar 2008, U 11/07, Erw. 4.2.1 mit diversen Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit die adäquate Kausalität bejaht werden kann, muss demnach ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder die zu berücksichtigenden Kriterien müssen in gehäuft oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 115 V 140 f. Erw. 6c/bb). Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile ausgeklammert bleiben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen F. vom 7. November 2007, U 503/06, Erw. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc). Selbst wenn die Sturzhöhe beim Unfall vom 29. November 2005 3 Meter betragen hat, liegen keine Umstände vor, die zur Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit der Begleitumstände führen könnten. Ferner ist weder von schweren noch besonders gearteten Verletzungen auszugehen, können doch organisch einzig die diagnostizierten Kontusionen in die Beurteilung miteinbezogen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung scheidet vorliegend schon daran, dass bezogen auf die nur organisch bedingten Beschwerden lediglich der Zeitraum vom Unfalltag bis Ende August 2006 zu berücksichtigen ist, was die Annahme einer ungewöhnlich langen Dauer nicht zulässt. Dasselbe gilt für das Kriterium der körperlichen Dauerbeschwerden, zumal zu vermuten ist, dass die psychische Überlagerung schon bald nach dem Unfall angefangen hat, erklärte doch Dr. H. ___ der hausärztlichen Praxis von Dr. Z. ___, dass sich der Beschwerdeführer schon kurz nach dem Unfall in gleicher Weise präsentiert habe und klar sei, dass dieser Zustand nicht körperlich bedingt sein könne (vgl. Urk. 9/62 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, lässt der Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend machen, fehlen doch Hinweise darauf, dass der Sturz auf die linke Hand während der Hospitalisation in Bellikon Folge einer Fehlbehandlung war und dass er die Unfallfolgen massgeblich verschlimmerte (vgl. Urk. 9/16 1 und 2). Des Weiteren sind in Bezug auf die rein körperlich bedingten Beschwerden sowohl ein schwieriger Heilungsverlauf als auch erhebliche Komplikationen zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn für die Zeit vom Unfalltag bis Ende August 2006 von einer körperlich bedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit allenfalls als erfüllt zu betrachten wäre, ist es jedoch nicht besonders ausgeprägt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit aber hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden zu Recht verneint. Der angefochtene Entscheid erweist sich als zutreffend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist abzuweisen.

5. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers weist in der eingereichten Kostennote vom 22. Juni 2009 (Urk. 22/2) für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 13,9 Stunden und Barauslagen von Fr. 117.40 aus. Diese Aufwendungen erscheinen als gerechtfertigt. Beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert daraus eine Entschädigung von Fr. 3'117.60 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Reto Zanotelli, Zürich, wird mit Fr. 3'117.60.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Zanotelli

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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).

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