

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00358 vom 24. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00358

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00358 du 24 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00358 del 24 marzo 2009

Erwägungen

E. 4

4.1 Am 30. Mai 2005 erstattete die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin auf elektronischem Weg eine Unfallmeldung und machte in der Rubrik «Unfallbeschreibung» folgende Angaben: «Beim Transfer einer Bewohnerin von WC in Rollstuhl - Schultergelenk ausgerenkt» (Urk. 12/A1 Ziff. 6).

Ein Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin hielt am 20. Oktober 2005 die Angaben anlässlich der 18. Oktober 2005 erfolgten Befragung der Beschwerdeführerin fest (Urk. 12/A5 = Urk. 3/7) und führte zum Unfallhergang aus (S. 1 Mitte):

Frau S. wollte zusammen mit einer Praktikantin bei einer ca. 90 kg schweren Rollstuhlpatientin ein WC-Training durchführen. Dazu begab sie sich zur Toilette, welche baulich gesehen relativ eng ist. Frau S. stand auf der rechten Seite der Patientin. Beim Transfer stand die Patientin kurz, kollabierte dann aber und drohte zusammen zu fallen, wenn Frau S. und die Praktikantin die Patientin nicht aufgehalten hätten. Frau S. habe die Patientin mit dem rechten Arm unter der Schulter gehalten. Als die Patientin zusammenbrach, griff Frau S. stärker zu, um das Fallen zu verhindern. Dabei verspürte sie einen Zwick oder dergleichen in der rechten Schulter.

4.2 Die Erstbehandlung erfolgte am 20. Mai 2005 durch Dr. med. B., Facharzt Innere Medizin FMH, der darüber am 11. Oktober 2005 berichtete (Urk. 12/M2 = Urk. 3/6). Die Beschwerdeführerin habe damals angegeben, sie habe vor 2 Monaten bei einer Pflegeverrichtung eine stürzende Patientin aufgefangen und seither zunehmende Schulterschmerzen rechts (Ziff. 1-2). Als (vorläufige) Diagnose nannte Dr. B. ein Impingement der Supraspinatussehne rechts bei AC-Gelenkspathologie (Ziff. 5). Als in Frage kommende Ursache kreuzte Dr. B. die Rubrik «Unfall» an (Ziff. 6).

Eine von ihm veranlasste Sonografie hatte am 25. Mai 2005 ergeben, dass eine AC-Gelenkskontusion anzunehmen sei; im übrigen bestehe eine normale und seitengleiche Darstellung der einzelnen Anteile der Rotatorenmanschette und es gebe keinen Nachweis einer posttraumatischen Manschettenläsion oder einer fassbaren Bursitis (Urk. 12/M3 = Urk. 12/M5/4 = Urk. 3/3).

In seinem Überweisungsschreiben vom 22. Juni 2005 nannte Dr. B. als Problemstellung Schulterschmerzen rechts bei ausgeprägten AC-Gelenkschmerzen und Impingement der Supraspinatussehne rechts nach Unfall vor 3 Monaten (Urk. 12/M5/3 = Urk. 3/4).

4.3 Dr. med. C. ____, Leitender Arzt, Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital W. ____, berichtete am 26. August 2005 über seine Untersuchung der ihm von Dr. B. ____, überwiesenen Beschwerdeführerin (Urk. 12/M1 = Urk. 12/M5/2 = Urk. 3/5).

Als Diagnose nannte er einen Verdacht auf AC-Gelenksarthralgie und anamnestisch hielt er fest (S. 1 Mitte):

Vor ca. 5 Monaten kam es beim Versuch eine stürzende Patientin aufzufangen zu einer axialen Distorsion ihrer rechten Schulter. Mit einem zeitlichen Intervall setzten die Schmerzen in der rechten Schulter ein.

In seiner Beurteilung fasste er aus (S. 1 unten):

Frau S. ____, zeigt klinisch im Vordergrund eine AC-Gelenksproblematik mit druckschmerzhaftem Gelenk. Eine relevante Schulter-Binnenläsion oder ein subacromiales Problem konnte ich zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht nachweisen.

Am 24. Oktober 2005 berichtete Dr. C. ____, an Dr. B. ____, eine geplante selektive AC-Gelenksinfiltration sei wegen Schwangerschaft der Beschwerdeführerin nicht durchgeführt worden. Sollte die Symptomatik nach der Geburt des Kindes persistieren, müsste die Situation neu beurteilt werden (Urk. 12/M4).

4.4 In seinem Zeugnis vom 17. Februar 2006 (Urk. 12/M6) fasste Dr. B. ____, aus, aktuell finde keine Behandlung statt (Ziff. 5), und nannte als Diagnose eine AC-Gelenksentzündung / AC-Arthralgie rechts (Ziff. 4).

Am 7. Mai 2006 brachte die Beschwerdeführerin einen Sohn zur Welt (Urk. 12/A9).

In einem Überweisungsschreiben vom 23. Mai 2006 nannte Dr. B. ____, als Problemstellung einen Verdacht auf cervicoradikulares Reizsyndrom C6, C7 rechts und als Nebendiagnose ein Impingement der Supraspinatussehne rechts (Urk. 12/M7/3). Als weitere Diagnose nannte Dr. B. ____, in einem Überweisungsschreiben (Urk. 12/M7/2 = Urk. 3/8) und einem Bericht (Urk. 12/M7/1) vom 19. Juli 2006 ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts mehr als links.

Am 14. Juli 2006 berichtete Dr. med. D. ____, Neurologie FMH, über seine Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 12/M8) und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte)

- fortgeschrittenes Karpaltunnelsyndrom beidseits
- Impingement der Supraspinatussehne rechte Schulter
- leichtes thoracic outlet-Syndrom (costoclaviculäre Enge) rechts

Am 18. August 2006 liess die Arbeitgeberin das Anstellungsverhältnis mit der Beschwerdeführerin per 30. November 2006 auf (Urk. 12/A14).

4.5 Am 21. September 2006 berichtete Dr. C. ____, eine am 1. September 2006 erfolgte AC-Gelenksinfiltration rechts habe kaum Wirkung gezeigt; jetzt sei eine offene AC-Resektion geplant (Urk. 12/M9). Diese fand am 26. Oktober 2006 statt, worüber Dr. C. ____, am 6. November 2006 berichtete. Als Diagnose nannte er eine AC-Gelenksarthralgie

rechts; intraoperativ hätten sich eine deutliche Knorpeldegeneration sowie ein inferiorer Osteophyt gezeigt (Urk. 12/M11 = Urk. 3/9). In der Zusammenfassung der Krankengeschichte gleichen Datums nannte er als Diagnosen eine AC-Arthrose rechts und ein subacromiales Impingement rechts (Urk. 12/M12/3).

4.6 Am 13. November 2006 berichtete Dr. med. E. ____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Urk. 12/M10), auf Zuweisung von Dr. B. ____, behandle sie die Beschwerdeführerin seit 1. Juni 2006 wegen eines depressiven Leidens.

Am Ende 2006 wechselte die Beschwerdeführerin den Hausarzt (vgl. Urk. 12/A21 S. 1 Mitte) und wurde - nebst Dr. C. ____, - fortan von Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und für Pneumologie, betreut.

Am 19. Januar 2007 berichtete Dr. C. ____, an Dr. F. ____, (Urk. 12/M12 = Urk. 3/10).

Am 20. April 2007 berichtete Dr. F. ____, der Beschwerdegegnerin, welche Erkrankungen der Beschwerdeführerin in der von Dr. B. ____, übernommenen Krankengeschichte für die Zeit vor dem 26. März 2005 aufgeführt wurden. Nacken-/Schulter-/Armschmerzen seien nicht erwähnt (Urk. 12/M13 = Urk. 3/12).

4.7 Am 3. und 4. Juni 2007 erkundigte sich der Ehemann der Beschwerdeführerin nach dem Verbleib der Taggeldzahlungen für den Monat Juni und ersuchte um eine schriftliche Begründung, falls keine Zahlung bis zum 10. Juni 2007 erfolge (Urk. 12/A32).

4.8 Am 21. September 2007 berichtete Dr. C. ____, an die Invalidenversicherung (Urk. 22/5/10-11); als Diagnose nannte er residuelle Schulterschmerzen rechts bei Status nach offener AC-Resektion vom 26. Oktober 2006 (S. 1 Mitte). Nach eigenen Angaben sei die Beschwerdeführerin nach erfolgtem Eingriff weiterhin arbeitsunfähig gewesen; er habe ihr dies etwas widerwillig bestätigt. Für ihn nicht ganz unerwartet komme nun bereits die Forderung nach einer Invalidenrente; dieser Schritt habe sich bereits abgezeichnet, als der Beschwerdeführerin gekündigt worden sei (S. 2 oben). Der protrahierte Verlauf mit einem persistierenden hohen Schmerzniveau bei bereits bestehenden versicherungstechnischen Problemen liessen bei ihm etwas Zweifel am wirklichen Willen zum Erreichen eines guten Therapieresultates aufkommen. Durch seine Befangenheit als behandelnder Arzt und leichtem Zweifel am effektiven Heilungswillen bitte er um eine anderweitige Beurteilung (S. 2).

Dr. F. ____, berichtete am 1. Februar 2008, die Beschwerdeführerin habe am 26. März 2005 eine stehende Patientin aufgefangen; danach seien zunehmende Schulterschmerzen rechts entstanden. Die Abklärung habe eine AC-Arthrose rechts und ein subacromiales Impingement rechts ergeben (Urk. 22/7/7).

Am 10. Juli 2008 berichtete Dr. C. ____, - bei im Wesentlichen gleicher Diagnosestellung - über den weiteren Verlauf (Urk. 44/1); er habe die Beschwerdeführerin an die Schmerzprechstunde der G. ____, Klinik überwiesen (S. 2 Mitte).

4.9 Am 11. Juni 2008 berichtete Dr. med. H. ____, Oberarzt Orthopädie, G. ____, Klinik, über seine Konsultation vom 10. Juni 2008 (Urk. 27/2). Er nannte folgende Diagnose (S. 1 Mitte):

- persistierende Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter mit/bei
- Status nach axialer Distorsion der rechten Schulter im März 2005
- Status nach offener AC-Gelenksresektion rechts bei persistierender AC-Gelenksarthralgie am 26. Oktober 2006

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung empfahl Dr. H.____ eine Arthro-MR-tomografische Abklärung der rechten Schulter (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 27. Juni 2008 (Urk. 34) nannte Dr. H.____ die gleiche Diagnose (S. 1 Mitte). Die erfolgte Bildgebung habe als Hauptbefunde eine subacromiale / subdeltoidale Bursitis ergeben (S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 20. August 2008 berichtete Dr. H.____ über die am 19. August 2008 erfolgte Konsultation (Urk. 44/2); am 25. August 2008 an die Invalidenversicherung (Urk. 44/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 1. Dezember 2008 berichtete Dr. H.____ über die gleichentags erfolgte Operation (Urk. 50), nämlich eine diagnostische Schulterarthroskopie rechts mit Bursektomie, sparsamer Acromioplastik, Resektion des CA-Ligamentes, Débridement von Narbengewebe und sparsamer Nachresektion der posterioren Clavicula rechts (S. 1 Mitte). Unter den intraartikulären Befunden nannte Dr. H.____ unter anderem subacromial Zeichen einer chronischen Bursitis mit Verlegung des Subacromialraumes durch narbige Bindegewebestränge (S. 2 Mitte).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Zum Hergang des Ereignisses vom 26. März 2005 ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin einer Patientin, welche zu stürzen drohte, mit dem rechten Arm unter die Schulter griff und, als diese zusammenbrach, stärker zugriff, wobei sie einen Zwick oder dergleichen in der rechten Schulter verspürte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gut zwei Monate später suchte sie wegen zunehmenden Schulterschmerzen Dr. B.____ auf. Dieser diagnostizierte ein Impingement der Supraspinatussehne. Die von ihm veranlasste Sonographie liess auf eine AC-Gelenkskontusion schliessen und ergab keinen Nachweis für eine Rotatorenmanschettenläsion oder eine Bursitis. Dr. C.____, welcher die Beschwerdeführerin im August 2005 erstmals untersuchte, nannte als Diagnose einen Verdacht auf Gelenksarthralgie und berichtete, die Beschwerdeführerin habe sich vor rund 5 Monaten eine axiale Distorsion der rechten Schulter zugezogen; im Zeitpunkt der Untersuchung habe er eine relevante Schulter-Binnenläsion oder ein subacromiales Problem nicht nachweisen können. In jüngsten Arztberichten wurden schliesslich im Februar 2008 eine AC-Arthrose sowie im Juni 2008 eine Bursitis erwähnt.

5.2 Ä Ä Ä In medizinischer Hinsicht bezeichnet der Ausdruck AC-Gelenk (Akromio-Klavikular-Gelenk) das Schultergelenk. Arthrose bedeutet degenerative Gelenkerkrankung, die vorwiegend bei einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und Belastbarkeit der einzelnen Gelenkanteile und -gewebe entsteht; Arthralgie bedeutet Gelenkschmerz, zum Beispiel bei Arthrose; Impingement bedeutet Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenks durch überlastungsbedingt zunehmende Einklemmung der Supraspinatussehne (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin / New York 2002, S. 127, 131 und 784 f.).

5.3 Strittig und in einem ersten Schritt zu klären ist, ob das Ereignis vom 26. März 2005 den gesetzlichen Unfallbegriff (vorstehend Erw. 1.1) erfüllt. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das Begriffsmerkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors gegeben ist. Dafür kommt praxisgemäss auch eine unkoordinierte, den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung programmwidrige beeinflussende Bewegung in Frage, oder aber ein ausserordentlicher Kraftaufwand im Sinne einer sinnvollen Anstrengung beim Heben oder Verschieben einer Last (vorstehend Erw. 1.2).

"Programmwidrig" ist ein Ablauf insbesondere dann, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einen Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht. Dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt, wird mithin nicht vorausgesetzt. Immerhin unterliegt der Nachweis eines Unfalls bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken, insofern strengen Anforderungen, als die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders sinnvollen Umständen gesetzt werden muss; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (Urteil des EVG vom 24. Mai 2006 i.S. S., U 166/05, Erw. 4.1, mit Hinweisen).

Das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors ist nicht bereits deshalb zu bejahen, weil eine Bewegung reflexartig ausgeführt wurde. So wurde der gesetzliche Unfallbegriff als nicht gegeben erachtet beim reflexartigen Auffangen eines weggekippten Einkaufswagens, beim Nachfassen einer abrutschenden Vakuumstufe von ca. 25 bis 30 kg, beim Nachfassen eines weggleitenden Radiators von 100 kg, beim Wiederherstellen des Gleichgewichts durch eine heftige Handbewegung anlässlich des Transports einer 100 bis 150 kg schweren Türe, beim Heben eines ca. 60 kg wiegenden Papierstapels und reflexartigen Nachfassen, als dieser in sich zusammenzufallen drohte, und beim ruckartigen Ansichnehmen eines von einem fahrbaren Wagenheber herunterzufallen drohenden Motors mit einem Gewicht von ca. 80 kg. Den genannten Sachverhalten ist ferner gemeinsam, dass der natürliche Ablauf der Körperbewegung jeweils nicht durch etwas Programmwidriges oder Sinnvolles wie Ausgleiten, Stolpern, reflexartiges Abwehren eines Sturzes beeinträchtigt wurde (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006 i.S. R., U 144/06, Erw. 2.2, mit Hinweisen).

5.4 Die Beschwerdeführerin hat, zusammen mit einer weiteren Pflegeperson, eine kollabierende Patientin vor einem Sturz bewahrt, indem sie diese unter der Schulter gestützt hat.

Die Bewegung, die sie unternommen hat (das Stützen der Patientin unter der Schulter), wurde durch keinerlei Programmwidrigkeit in ihrem Ablauf gestört. Die Beschwerdeführerin selber ist weder gestolpert noch ausgeglichen; sie hat lediglich, als die Patientin zu stürzen drohte, etwas fester zugegriffen. Dass diese Hilfeleistung spontan und in diesem Sinne reflexartig erfolgt sein dürfte, genügt sodann nicht zur Annahme eines ungewöhnlichen äusseren Faktors. Schliesslich liegt im Lichte der eben dargelegten Praxis auch keine sinnvolle Anstrengung vor: Das - zu zweit erfolgte - Unterhaken bei einer Patientin ist im pflegerischen Alltag auch dann nicht als ungewöhnliche Beanspruchung zu werten, wenn die Patientin - wie vorliegend - kurzzeitig infolge eigener Kraftlosigkeit ausschliesslich dank der Fremdhilfe das Gleichgewicht wahren kann.

Das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors ist somit klar zu verneinen. Damit ist der gesetzliche Unfallbegriff nicht erfüllt.

Daran ändert der Umstand nichts, dass Dr. B. in seinem ersten Bericht die Rubrik "Unfall" angekreuzt hatte. Er brachte damit lediglich die erhobenen Befunde in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26. März 2005; ob es sich bei diesem um einen Unfall im Rechtssinne gehandelt hat, konnte aus medizinischer Sicht nicht beurteilt werden.

5.5 Fehlt es wie vorliegend an einem ungewöhnlichen Faktor, so kann sich eine Leistungspflicht des Unfallversicherers daraus ergeben, dass eine unfallähnliche Körpererschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV (vorstehend Erw. 1.3) vorliegt. Ob dies hier zutrifft, bleibt zu prüfen. Von den in der Verordnung genannten Körpererschädigungen kommen im vorliegenden Fall klarerweise nicht in Frage Knochenbrüche (lit. a), Meniskusrisse (lit. c) und Trommelfellverletzungen (lit. h).

Art. 9 Abs. 2 lit. b UVV (Verrenkungen von Gelenken) erfasst nur eigentliche Gelenkverrenkungen (Luxationen), nicht aber unvollständige Verrenkungen (Subluxationen) oder Distorsionen, welche durch gewaltsame übermässige Bewegungen zu einer Zerrung der Gelenkkapseländer führen (Urteil des EVG vom 10. Januar 2005 i.S. H., U 236/04, Erw. 3.1, mit Hinweisen).

Gemäss Sonographie-Befund hat sich die Beschwerdeführerin - wohl im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26. März 2005 - eine Kontusion des Schultergelenks zugezogen. Dr. C. hielt anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin habe eine Distorsion der rechten Schulter erlitten.

Damit steht fest, dass keine Verrenkung im Sinne der genannten Bestimmung vorliegt. Daran ändert die Verwendung dieses Begriffs in der Unfallmeldung der Arbeitgeberin nichts, da nicht der allgemeine Sprachgebrauch, sondern der medizinisch beurteilte Sachverhalt massgebend ist.

Sonographisch fanden sich keine Hinweise auf eine erlittene Rotatorenmanschettenläsion. Keiner der aktenkundigen ärztlichen Berichte enthält sodann Hinweise, welche auf Muskelrisse oder -zerrungen, Sehnenrisse oder Bandläsionen schliessen liessen.

Somit ist auch keine der übrigen in der Verordnung genannten Körpererschädigungen (lit. d - lit. g) gegeben.

Mithin liegt auch keine unfallähnliche Körpererschädigung vor.

5.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es sich beim Ereignis vom 26. März 2005 nicht um einen Unfall im Rechtssinne gehandelt hat und auch keine unfallähnliche Körpererschädigung vorliegt.

Somit trifft die Beschwerdegegnerin grundsätzlich keine Leistungspflicht.

5.7 Dieses Nichtbestehen einer Leistungspflicht hat die Beschwerdegegnerin im Dispositiv der Verfügung vom 6. Juni 2007 festgehalten (Urk. 12/A33 S. 3 Ziff. 5) und mit der Abweisung der dagegen erhobenen Einsprache (vgl. Urk. 2 S. 5 Ziff. 3) bestätigt.

Unzutreffend ist ihre eigene Darstellung im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 4 unten), sie habe verfassungsgemäss die Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro mit Wirkung ab Juni 2007 vorgenommen. Verfassungsgemäss festhalten hat sie - wie sich gezeigt hat, zu Recht - das Fehlen einer Leistungspflicht.

Daraus folgt, dass der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt Taggeldleistungen oder Kostenübernahme für Heilbehandlung zugestanden haben. Dementsprechend hätte die Beschwerdegegnerin - bei Bestehen eines Rückkommenstitels und in den Grenzen des Vertrauensschutzes (vorstehend Erw. 1.4) - bereits erbrachte Leistungen zurückfordern können. Da sie jedoch auf die Rückforderung der - wie nunmehr feststeht - zu Unrecht erbrachten Leistungen verzichtet hat, erbringt es sich, die genannten Voraussetzungen näher zu prüfen.

Bestand zu keinem Zeitpunkt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, so kann sie grundsätzlich auch nicht verpflichtet sein, nicht geschuldete und noch nicht erbrachte Leistungen - wie dies die Beschwerdeführerin für das Taggeld der Monate Mai und Juni 2005 verlangt (Urk. 8) - noch zu erbringen. Etwas anderes könnte sich lediglich dann ergeben, wenn die kumulativ geforderten Voraussetzungen des Vertrauensschutzes (vorstehend Erw. 1.5) gegeben wären. Davon kann jedoch vorliegend keine Rede sein, fehlt es doch offensichtlich jedenfalls an der Voraussetzung einer nicht ohne Nachteil rückgängig zu machenden Disposition.

Damit erweist es sich auch als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin das Taggeld der Monate Mai und Juni 2005 nicht mehr ausgerichtet hat.

5.8 Insgesamt erweisen sich sämtliche von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen als unbegründet, womit der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- AXA Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.