

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00234 vom 27. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00234 du 27 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00234 del 27 gennaio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen liess X. am 19. Juni 2009 durch Rechtsanwalt Eduard M. Barcikowski Beschwerde erheben und beantragen, das Gutachten sei im Sinne der gemachten Ausführungen zu ergänzen und die Arbeitsunfähigkeit, der IV-Grad sowie die Integritätsentschädigung seien in der Folge neu festzusetzen. Eventuell seien die Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggeld) bis zum Begutachtungszeitpunkt vom 18. Februar 2008 auszurichten sowie eine Integritätsentschädigung und eine Rente auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu leisten (Urk. 1 S. 2).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Gerichtsverfägung vom 24. Juni 2009 aufgefordert worden war, sich zur Aushändigung des angefochtenen Entscheides zu äussern (Urk. 3), und sich aus deren Angaben (Urk. 5) die Rechtzeitigkeit der Beschwerde ergeben hatte (Urk. 6), ersuchte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Barbara Klett, am 22. Oktober 2009 (Beschwerdeantwort, Urk. 12 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 13/1-126) um Abweisung der Beschwerde.

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1. 1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid dafür, es lägen keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr vor (Urk. 2 S. 8). Von weiteren Behandlungen sei keine namhafte Besserung mehr zu erwarten gewesen, weshalb der Fallabschluss zu Recht erfolgt sei (Urk. 2 S. 10). Mangels Adäquanz der noch geklagten Beschwerden zum Unfallereignis seien keine weiteren Versicherungsleistungen mehr geschuldet (Urk. 2 S. 11). Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin aus, weder für die geklagten Kopfschmerzen noch für die Visusstörungen habe sich ein organisches Korrelat finden lassen (Urk. 12 S. 7-8). Was den Tinnitus und die Schwindelproblematik betreffe, so sei der Beschwerdeführer weder durch das eine noch durch das andere in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 12 S. 8). Fehle es sodann selbst in Anwendung der Schleudertraumapraxis den geklagten Beschwerden am adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 9. Juni 2004, so könne offen bleiben, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Problematik mit Krankheitswert leide (Urk. 12 S. 9). Schliesslich bestehe aus ORL-Sicht kein unfallbedingter, entschädigungspflichtiger Integritätsschaden, liege diesbezüglich doch kein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr vor (Urk. 12

S. 12).

1.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer insbesondere vorbringen, das Gutachten des H.____ könne vorliegend nicht als Beurteilungsgrundlage dienen. Die Sozialversicherungsanstalt, welche die Expertise in Auftrag gegeben habe, habe das Bestehen eines organischen Korrelates betreffend die ORL-Beschwerden nicht geprüft, sondern sei einzig an der Beantwortung der Frage nach einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit interessiert gewesen. Mithin sei das Gutachten zu ergenzen oder ein neues Gutachten zu erstellen (Urk. 1 S. 3). Im Weiteren hätten es die Gutachter versäumt, darzulegen, weshalb betreffend die im Mai 2006 objektivierte persistierende perivestibuläre Unterfunktion von einer Verbesserung auszugehen sei. Nach wie vor sei die Schwindelproblematik nämlich noch vorhanden (Urk. 1 S. 4). Ebenso wenig habe Dr. C.____ dargelegt, warum diesbezüglich die Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht sei. Seien schliesslich die Schwindelbeschwerden wesentlich vom Schweregrad der Kopfschmerzen abhängig, so hätten die Experten auch hierzu Stellung nehmen müssen (Urk. 1 S. 5-6). Zusammenfassend sei die Behauptung, es lägen keine hinreichenden objektivierbaren organische Befunde vor, nicht bewiesen, weshalb sich die Anwendung der Adäquanzrechtsprechung nicht rechtfertige (Urk. 1 S. 6). Selbst wenn aber davon ausgegangen würde, dass organische objektivierbare Befunde fehlten, so wäre die Adäquanz mittels Schleudertraumarechtsprechung zu prüfen und es wäre eine Mehrzahl der Kriterien erfüllt. Damit wäre die Adäquanz zu bejahen und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zugrunde zu legen (Urk. 1 S. 7).

2.1.1.

2.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit

Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungs beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3.1.1

2.3.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.3.1.2 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;

- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

E. 3

3.1 Nachdem dem Beschwerdeführer am 9. Juni 2004 im Laderaum eines Camions eine Stahlstange auf den Kopf gefallen war (Unfallmeldung vom 21. Juni 2004, Urk. 13/1), notierte der erstbehandelnde Arzt Dr. med. I. ____, Z. __ Spital, am 9. Juni 2004 (Urk. 13/3), der Beschwerdeführer habe eine Commotio cerebri mit kurzer Bewusstlosigkeit (ein paar Sekunden) sowie ein Kopfschwartenhämatom occipital links erlitten. Die anterograde und retrograde Amnesie habe ein paar Minuten gedauert. Der GCS-Wert sei mit 15 getestet worden. Frakturen konnten keine erhoben werden (zwar anderer Wortlaut; vgl. aber Urk. 13/2/1, 13/8/2-3 und 13/9), und neurologisch zeigte sich während der Überwachung keine Verschlechterung. Der Beschwerdeführer wurde schliesslich gleichentags in stabilem Zustand mit noch leichten Kopfschmerzen entlassen.

3.2 Der am 10. Juni 2004 (Urk. 13/2/1) konsultierte Hausarzt, Dr. med. J. ____, Praktischer Arzt, erhob Kopfschmerzen, Schmerzen an der Halswirbelsäule (HWS), Müdigkeit sowie Schwindel und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres.

3.3 Die am 14. Juni 2004 (Bericht vom 30. August 2004, Urk. 13/9) am Spital F. __ behandelnden Ärzte erhoben einen GCS-Wert von 15 sowie unauffällige neurologische Befunde und hielten eine Arbeitsunfähigkeit für nicht gegeben.

3.4 SUVA-Kreisarzt Dr. med. K. ____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt mit Bericht vom 12. Oktober 2004 (Urk. 13/8) fest, der gut Deutsch sprechende, kooperative, sehr grosse und kräftige Beschwerdeführer habe - ausser dass er sich auf der Treppe am Handlauf gehend bewegt habe - weitgehend unauffällige Gehversuche gezeigt. Auch beim Sitzen sei nichts Auffälliges zu beobachten gewesen. Während des Gesprächs seien weder Konzentrationsstörungen, noch Kopfschmerzen, Vergesslichkeit oder Wortfindungsstörungen feststellbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe seinen Kopf in alle Richtungen frei bewegen können. Indes habe er über Kopfschmerzen, Schwindel sowie Augensymptome wie Visusminderung, Brennen und Rötung geklagt. Der Schwindel trete unregelmässig als Schwankschwindel sowohl im Bett als auch beim Gehen auf (Urk. 13/8/3). Dem Bericht von Dr. K. __ ist zu entnehmen, dass sich die (nach dem Unfall erstellten) Röntgen- und CT-Befunde unauffällig gezeigt hatten. Er erklärte im Weiteren, von einem stationären Aufenthalt verspreche er sich eine umfassende Beurteilung sowie die Wiederaufnahme der ursprünglichen Tätigkeit.

klären. Weil eine Teilzeittätigkeit als LKW-Chauffeur kaum realisierbar sei, sei eine diesbezügliche Fahreignung vorerst als fraglich zu beurteilen (Urk. 13/18/3). Unter Berücksichtigung des körperlichen und vor allem des psychischen Zustandes erachteten die Ärzte der Rehaklinik eine Fahreignung für LKW derzeit als nicht gegeben (Urk. 13/19/2) und attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 13/19/1).

3.7. Dem Gespräch vom 26. Februar 2005 (Urk. 13/33) von Dr. B., welcher der Beschwerdeführer seit Januar 2005 zwecks Steigerung der Belastbarkeit zugewiesen war (Urk. 13/21 und 13/30), mit der Beschwerdegegnerin ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer von Anfang an sehr passiv verhalten und jeweils über Schmerzen und Konzentrationsprobleme geklagt habe. Statt einer Verbesserung sei eine Verschlechterung seines Zustandes eingetreten. Die einstündige Belastbarkeit habe sich über die Wochen reduziert. Heute gebe der Beschwerdeführer bereits nach 20 Minuten an, er habe Schmerzen und sei erschöpft. Dr. B. und ihre Assistentin hätten beide das Gefühl, dass sich der Beschwerdeführer passiv gegen jede Massnahme wehre und die Verantwortung für eine Verbesserung nicht bei sich selber, sondern bei den Ärzten sehe. Ein IQ-Test habe den geringen Wert von 76 ergeben, wobei dafür allenfalls auch fehlende Motivation verantwortlich sei. Da sich die Leistungen immer mehr verschlechtert hätten und keinerlei Fortschritte erzielt worden seien, habe sich Dr. B. entschlossen, die Therapie abzubrechen. Insgesamt sei von der Diagnose einer reinen somatischen Schmerzstörung auszugehen, körperliche Ursachen seien nicht feststellbar. Mit einem Schlag auf den Kopf könnten solche Beschwerden nicht ausgelöst werden.

3.8. Mit Bericht vom 22. Juni 2005 (Urk. 13/41) erklärte SUVA-Versicherungsmediziner Dr. C., im Einklang mit der Anamnese habe bei der kalorischen Spülung ein Richtungsüberwiegen der Linksnystagmen, wahrscheinlich im Rahmen eines zervikogenen Schwindels, festgestellt werden können. Damit hätten die subjektiven Schwindelbeschwerden des Beschwerdeführers aus ORL-Sicht objektiviert werden können. Die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei dem Beschwerdeführer in den nächsten drei bis vier Monaten in reduziertem Umfang von 50 % zumutbar, wobei die Arbeitszeit sukzessive zu steigern sei. Um auszuloten, inwieweit sich dieser neurogene Schwindel noch zurückbilde, sei eine neurootologische Kontrolle in 9 bis 12 Monaten durchzuführen (Urk. 13/41/3).

Ergänzend hielt Dr. C. fest, eine Tätigkeit in der Ebene, beispielsweise in einem Magazin, könnte dem Beschwerdeführer sofort vollumfänglich zugemutet werden, wobei Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr zu vermeiden seien (Urk. 13/42).

3.9. Anlässlich einer vor dem Austritt des Beschwerdeführers aus der Rehaklinik A. (siehe nachfolgend) am 20. September 2005 (Urk. 13/52) durchgeführten Besprechung erklärte Dr. med. P., die Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers gründe hauptsächlich in seinen glaubhaft geschilderten, jedoch mangels somatischen Korrelats medizinisch nicht nachvollziehbaren Kopfschmerzen (Urk. 13/52/1). Betreffend das Zumutbarkeitsprofil gab die Ärztin an, wegen des Schwindels seien Arbeiten in der Höhe zu vermeiden. Ansonsten liege keine körperliche Einschränkung vor. Auch die Fahreignung sei nach wie vor gegeben. Weil die Kopfschmerzen medizinisch nicht nachvollziehbar seien, könne keine zeitlich limitierte Arbeitszeit attestiert werden (Urk. 13/52/2). Die Ergotherapeutin O. führte aus, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe nicht über eineinhalb

Stunden ausgedehnt werden können. Erfreulicherweise habe sich der Beschwerdeführer jedoch in der Klinik nicht zurückgezogen, sondern sich jeweils abends mit anderen Patienten getroffen. Zu Hause sei es zu einem eigentlichen Rollenwechsel zwischen ihm und seiner Frau gekommen. Er erledige nun vor allem Hausarbeiten und kümmere sich um die Kinder (15- und 18-jährig), soweit dies notwendig sei (Urk. 13/52/2).

3.10. Am 6. Oktober 2005 erstattete die Rehaklinik A. ___ aufgrund des erneuten Aufenthaltes des Beschwerdeführers zwecks Zumutbarkeitsbeurteilung und Standortbestimmung vom 31. August bis zum 28. September 2005 wiederum Bericht (Urk. 13/60). Dessen Ärzte, Dres. med. Q. ___, Assistenzarzt, und N. ___ notierten, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit habe nicht erzielt werden können. Allerdings hätten sie den Eindruck gewonnen, dass der Beschwerdeführer nicht das volle Ausmass seiner Leistungsfähigkeit zu zeigen bereit gewesen sei (Urk. 13/60/3). Den Aufzeichnungen lässt sich entnehmen, dass die geringe Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei zumindest verbal geäussert guter Leistungsbereitschaft mit den Beobachtungen ausserhalb der Therapie, wo er durchaus entspannter gewirkt und auch längere Gespräche führen könne, kontrastiert habe (Urk. 13/60/2). Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit gestalte sich damit als schwierig, wobei gleichwohl aufgrund der objektivierbaren Beschwerden von einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche aber das Ausmass von 50 % einer normalen Leistungsfähigkeit nicht überschreiten dürfte, auszugehen sei (Urk. 13/60/3). Schliesslich ergibt sich aus dem Bericht, dass der Beschwerdeführer eine zwischenzeitlich leichte Verminderung des Schwindels angab. Die Ärzte führten dazu aus, für den Schwindel sei keine somatoforme Komponente zu postulieren, habe dieser doch objektiviert werden können. Demgegenüber hätten die Kopfschmerzen möglicherweise eine psychosomatische Komponente, bedingt durch die psychische Belastung nach erfolgter Kündigung und der subjektiven Ungewissheit der Zukunft bei vormals pflicht- und leistungsorientierter Persönlichkeit (Urk. 13/60/2). Anlässlich des psychosomatischen Konsiliums gab der Beschwerdeführer an, er mache sich viele Sorgen, weil sein Zustand nicht besser werde. Ins Studieren gerate er vor allem, wenn er alleine sei. Er ziehe sich aber nicht aus Kontakten zurück und könne auch noch lachen, wenngleich er zu Hause oft verbal gereizt sei. Er habe die Zeit seit dem Unfall mit Hausarbeiten verbracht, die Kinder begleitet, Einkäufe gemacht und sei auch etwas Velo gefahren. Etwa dreimal wöchentlich sei er für mindestens eine Stunde im Wald spazieren gegangen. Lust- und energielos fühle er sich nicht. Er sei lediglich durch die Kopfschmerzen im Alltag limitiert. Er müsse häufig Pausen einschalten und sich hinlegen (Urk. 13/59/2). Die Sachverständigen notierten, eine psychische Störung mit Krankheitswert liege nicht vor, wobei indes die Unterdrückung einer depressiven Komponente durch Efexor möglich sei, und hielten abschliessend fest, eine sukzessive Leistungssteigerung (trotz Schmerzen) sei wichtig (Urk. 13/59/4).

3.11. Im Auftrag der SUVA erstattete die Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Spital F. ___, nach Untersuchung des Beschwerdeführers vom 3. Mai 2006 am 17. Mai 2006 ein Gutachten (Urk. 13/75). Die Ärzte erklärten, sie hätten eine periphere vestibuläre Unterfunktion auf der linken Seite bestätigen können. Die rezidivierende Schwindelsymptomatik sei in diesem Rahmen als Belastungsschwindel zu sehen. Bezüglich der nach dem Unfall aufgetretenen Kopfschmerzen bestehe einerseits ein Dauerkopfschmerz, welcher praktisch täglich von einer ein- bis dreistündigen posttraumatischen Migränekomponente verstärkt werde. Andererseits sei aufgrund der

hÄufigen Paracetamol-Einnahme eine durch Analgetika induzierte Kopfschmerzkomponente nicht sicher auszuschliessen (Urk. 13/75/7). Die Gutachter formulierten einen Verdacht (1) auf Status nach Contusio labyrinthi links mit persistierender, peripherer vestibulÄrer Unterfunktion, einen solchen auf (2) chronische, posttraumatische Kopfschmerzen, auf (3) posttraumatische MigrÄne sowie einen Verdacht auf (4) Analgetika induzierte Kopfschmerzen. Bevor ihren Empfehlungen - die DurchfÄhrung von neun Sitzungen Gleichgewichts-Physiotherapie, einer MigrÄneprophylaxe wÄhrend dreier Monate sowie die Konsultation der Kopfwehsprechstunde - nicht Folge geleistet worden sei, seien eine EinschÄtzung der ArbeitsfÄhigkeit und eine Bemessung des IntegritÄtsschadens nicht mÄglich (Urk. 13/75/8).

3.12Ä Ä Mit Bericht vom 29. Dezember 2006 (Urk. 13/84) fÄhrte Dr. E.____ vom Spital F.____ aus, der BeschwerdefÄhrer klage nach wie vor Äber leichte Schwindelsensationen bei raschen Kopfbewegungen, was ihn subjektiv jedoch nur wenig stÄre. Der Arzt hielt dafÄr, nach seinem Ermessen sei mit Blick auf die Schwindelproblematik die ArbeitsfÄhigkeit als Lastwagenchauffeur nicht wesentlich beeintrÄchtigt. Ausserdem sei zu erwarten, dass sich die Beschwerden mit einer suffizienten Kopfschmerztherapie noch weiter reduzierten. Das Hauptproblem, welches ursÄchlich fÄr die gegenwÄrtige ArbeitsunfÄhigkeit sei, seien die persistierenden, chronischen und attackenweise verstÄrkten Kopfschmerzen. In Bezug auf die Schwindelsymptomatik verneinte Dr. E.____ einen IntegritÄtsschaden.

3.13Ä Ä Dr. J.____ schrieb am 21. Januar 2007 (Urk. 13/85), alle Therapieversuche seien bisher gescheitert. Die Symptome seien nach wie vor gleich. Er kÄnne dem BeschwerdefÄhrer nicht weiterhelfen, weshalb er es der Beschwerdegegnerin Äberlasse, Äber die definitive ArbeitsfÄhigkeit zu entscheiden.

3.14Ä Ä Nach Konsultation in der Kopfwehsprechstunde der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals F.____ vom 22. MÄrz 2007 (Bericht vom 22. MÄrz 2007, Urk. 13/87) nannten deren Ärzte die Diagnosen eines chronischen posttraumatischen Kopfwehs nach leichter Kopfverletzung, phÄnotypisch einer MigrÄne ohne Aura entsprechend, ein Kopfweh bei AnalgetikaÄberkonsum sowie einen Verdacht auf Depression mit somatischen Symptomen. Neben der multifaktoriellen Ätiologie der Kopfschmerzen vermuteten die Ärzte einen ungÄnstigen Einfluss der begleitenden Depression auf die Schmerzverarbeitung. In Bezug auf mÄgliche Therapieoptionen hielten sie fest, die Behandlung mit Paroxetin sei, erweitert durch eine antidepressive, schlafanstossende und antimigrÄnÄse Behandlung sowie bei migrÄniformem Kopfweh und AnalgetikaÄberkonsum um eine solche mit Topamax, weiterzufÄhren, wobei der Analgetikakonsum unbedingt zu reduzieren sei. Bei fehlendem Erfolg des ambulanten Analgetikaentzuges sei ein stationÄrer Entzug zu diskutieren.

3.15Ä Ä Dr. C.____ hielt am 26. Juni 2007 (Urk. 13/91/5) in Beurteilung des bisherigen Verlaufs fest, die Schwindelbeschwerden seien weitgehend abgeklungen und hingen im Wesentlichen noch vom Schweregrad der Kopfschmerzen ab. Aus ORL-Sicht seien keine weitergehende diagnostische oder therapeutische Massnahmen zu ergreifen und es kÄnne davon ausgegangen werden, dass diesbezÄglich der Endzustand erreicht sei. Ein unfallbedingter, entschÄdigungspflichtiger IntegritÄtsschaden bestehe nicht, und die bisherige TÄtigkeit als Lastwagenchauffeur sei dem BeschwerdefÄhrer wieder vollumfÄnglich zumutbar.

3.16. Versicherungsmediziner Dr. G. hielt in Einschätzung der Aktenlage am 18. Juli 2007 (Urk. 13/91/1-4) fest, den ärztlichen Berichten seien keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädel-Hirn-Verletzung infolge Unfalles zu entnehmen. Die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. Juni 2004 zurückzuführen, wobei die diagnostischen Kriterien eines chronischen posttraumatischen Kopfschmerzes erfüllt seien. Zusätzlich bestünden Hinweise auf einen sekundären Kopfschmerz durch Medikamentenmissbrauch. Als unfallfremde Begleitfaktoren ergäben sich aus den Akten gewisse motivationelle und auch intellektuelle Defizite des Beschwerdeführers, die den Chronifizierungsprozess begünstigt hätten. Schläge die eingeleitete Kopfschmerzprophylaxe fehl, so sollte ein stationärer Analgetikaentzug erfolgen, um danach abschliessend eine Beurteilung vorzunehmen (Urk. 13/91/4).

3.17. Eine verkehrsmedizinische Abklärung ergab, dass der Beschwerdeführer unter Einhaltung bestimmter Auflagen fährtauglich ist (vgl. Verkehrsmedizinische Auflagen vom 17. Januar 2008, Urk. 13/109/3).

3.18. Mit Bericht vom 13. Mai 2008 (Urk. 13/110) machte Dr. med. R., FMH Neurologie, Kopfwehzentrum S., aktenkundig, in diagnostischer Hinsicht hätten sich zwischenzeitlich keine neuen Aspekte ergeben. Aktuell scheine der Beschwerdeführer - mit Ausnahme der neurologischen Probleme - in einer recht guten körperlichen Verfassung zu sein, weshalb eine Teilarbeitsfähigkeit bestehen könnte. Dr. R. notierte, weitere Abklärungen seien nicht indiziert, möglicherweise jedoch einige medikamentöse Behandlungen noch nicht ausgeschöpft. Sicherlich seien die geklagten Kopfschmerzen durch die tägliche Dafalgan-Einnahme verstärkt, wobei der Beschwerdeführer angegeben habe, diese sei sistiert worden. Wie lange schon, sei demgegenüber unklar. Der Arzt schloss seinen Bericht mit der Empfehlung für einige alternative, medikamentöse Behandlungen.

3.19. Am 18. Februar 2008 (Urk. 13/123) erstattete das H. das von der IV-Stelle veranlasste Gutachten, welches sich auf die zur Verfügung gestellten Akten, die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 28. und 29. Januar 2008 erhobenen Befunde und gemachten Aussagen sowie auf die Teilgutachten (internistisch, psychiatrisch, neurologisch) stützte.

Bei unauffälligem internistischen Status (Urk. 13/123 S. 7) diagnostizierte der Psychiater Dr. med. T. eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Er erklärte, das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers, überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es lägen aber weder eine psychiatrische Komorbidität noch Hinweise auf einen primären Krankheitsgewinn vor. Die Beziehung des Beschwerdeführers zur Ehefrau und zu den Kindern sei gut. Tagsüber helfe er im Haushalt, tätige Einkäufe, koche, unternehme regelmässig Spaziergänge und treibe Sport (Hometrainer oder Laufen; Urk. 13/123 S. 8). Zudem pflege er den Kontakt zu seinen Kollegen. Damit sei es dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Beschwerden zumutbar, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (Urk. 13/123 S. 10).

Dr. med. U.____, neurologischer Teilgutachter, diagnostizierte chronische Spannungskopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen (ICD-10: G44.2) bei Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit Commotio cerebri und Commotio labyrinthi (ICD-10: S06.0) (Urk. 13/123 S. 12). Während die Schwindelbeschwerden eine deutliche Rückbildungstendenz gezeigt hätten und im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit keinen wesentlichen Faktor mehr darstellten, stehe die chronische Kopfproblematik ganz im Vordergrund. Diese schränke die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatisch-neurologischer Sicht in seiner Tätigkeit als Lastwagenchauffeur um 40 % ein. Für leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung von 20 % (Urk. 13/123 S. 12-13). Ergänzend führte Dr. U.____ aus, der in früheren ärztlichen Einschätzungen genannte Analgetikaüberkonsum sei als Verlegenheitsdiagnose zu betrachten, welche einerseits bei jedem Kopfwehpatienten mit regelmässiger Schmerzmitteleinnahme gestellt werden könne. Andererseits benutze der Beschwerdeführer Paracetamol in einem vernünftigen Ausmass (Urk. 13/123 S. 13).

In zusammenfassender Beurteilung hielten die Gutachter fest, als Hauptbeschwerden habe der Beschwerdeführer chronische Kopfschmerzen im ganzen Kopf angegeben. Zwar erkläre die anlässlich der psychiatrischen Untersuchung erhobene Schmerzverarbeitungsstörung die über das objektivierbare Ausmass hinausgehenden Beschwerden, ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei daraus jedoch nicht abzuleiten, weil kein zusätzliches psychiatrisches Leiden bestehe (Urk. 13/123 S. 14). Endlich habe der Beschwerdeführer wie bereits schon in früheren Untersuchungen eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und wenig Motivation, sich wieder in den Erwerbsprozess eingliedern zu lassen, gezeigt, weshalb die Prognose für eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit schlecht sei (Urk. 13/123 S. 15). Obgleich der Beschwerdeführer sich nicht mehr vorstellen könne, einer Tätigkeit nachzugehen, könne aufgrund der erhobenen objektiven Befunde seiner Einschätzung nicht gefolgt werden, sei er doch in seinen Alltagsaktivitäten nicht derart eingeschränkt, dass ihm keinerlei Beschäftigung mehr zumutbar wäre. Angesichts seiner subjektiven Krankheitsüberzeugung könnten jedoch keine berufliche Massnahmen empfohlen werden. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine Leistungsfähigkeit von 80 % (Urk. 13/123 S. 14).

E. 4

4.1 Der Fallabschluss und damit verbunden die Prüfung eines Rentenanspruchs hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Erw. 2.1), was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - bestimmt (BGE 134 V 109 Erw. 4). Keine der ergriffenen therapeutischen Bemühungen hat - ausser was die Schwindelbeschwerden betrifft - zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers geführt, so dass Dr. J.____ am 21. Januar 2007 sämtliche Therapieversuche als gescheitert bezeichnete (Erw. 3.13). Dr. R.____ schlug zwar in Bezug auf die Kopfschmerzproblematik weitere medikamentöse Behandlungen vor, er hielt aber gleichzeitig fest, die medikamentöse Therapie sei bloss möglicherweise noch nicht ausgeschöpft worden (Erw. 3.18). Ferner ergab die verkehrsmedizinische Abklärung, dass der Beschwerdeführer - wenn auch unter gewissen Auflagen -

fÄ¼hrer tauglich ist (Erw. 3.17). Mit Blick auf diese Aktenlage ist nicht von einer namhaften Besserung durch weitere Therapien oder Massnahmen auszugehen, weshalb der Fallabschluss nicht zu beanstanden ist.

4.2.1.1

4.2.1.1 Was den vom BeschwerdefÄ¼hrer geltend gemachten Schwindel betrifft, so ist unbestritten, dass dieser einer Objektivierung zugÄ¼nglich war (Erw. 3.8). Ebenso steht jedoch fest, dass sich die Symptomatik im weiteren Verlauf regredient zeigte. Bereits im Juni 2005 hatte Dr. C. eine ArbeitsfÄ¼higkeit als Lastwagenchauffeur von 50 % als zumutbar erachtet und empfohlen, die Arbeitszeit sukzessive zu steigern (Erw. 3.8). Sodann machte der BeschwerdefÄ¼hrer selber eine diesbezÄ¼gliche Verbesserung - wenn auch bloss leichter Art - aktenkundig (Erw. 3.10; vgl. auch Urk. 13/123 S. 11). Im Dezember 2006 hielt in der Folge Dr. E. fest, die Schwindelsensationen stÄ¼rten den BeschwerdefÄ¼hrer nur wenig und beeintrÄ¼chtigten die ArbeitsfÄ¼higkeit als Lastwagenchauffeur nicht wesentlich (Erw. 3.12). Die abschliessende EinschÄ¼tzung von Dr. C., die Schwindelbeschwerden seien weitgehend abgeklungen und der Endzustand diesbezÄ¼glich erreicht, weshalb die bisherige TÄ¼tigkeit vollumfÄ¼nglich zumutbar sei (Erw. 3.15), ist damit nicht zu beanstanden. Dies umso weniger, als die verkehrsmedizinische AbklÄ¼rung im Januar 2008 die FÄ¼hrer tauglichkeit des BeschwerdefÄ¼hrers ergab (Erw. 3.17), woran die allgemein gehaltenen Auflagen nichts zu Ä¼ndern vermÄ¼gen. Schliesslich bestÄ¼tigte auch der Gutachter Dr. U., die Schwindelbeschwerden stellen keinen wesentlichen Faktor im Hinblick auf die ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers mehr dar (Erw. 3.19). Ist aus ORL-Sicht eine erhebliche EinschrÄ¼nkung der LeistungsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers damit nicht mehr ausgewiesen, so kann den diesbezÄ¼glichen AusfÄ¼hrungen des BeschwerdefÄ¼hrers (Erw. 1.2) nicht gefolgt werden und erÄ¼brigen sich weitergehende AbklÄ¼rungen.

4.2.2.1 Im Weiteren ergaben sich aus neuroophthalmologischer Sicht keine Pathologien (Erw. 3.5) und fehlten Hinweise auf traumatisch bedingte neuropsychologische LeistungsstÄ¼rungen (Erw. 3.6). Was den vom BeschwerdefÄ¼hrer geklagten Tinnitus betrifft, so ist ein solcher erstmals in der Anamnese des Berichts von Dr. R. vom Mai 2008 (Urk. 13/110/1) - mithin beinahe vier Jahre nach dem fraglichen Unfallereignis - aktenkundig. Ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. Juni 2004 ist damit ohne Weiteres zu verneinen.

4.2.3.1 Die Aktenlage erhellt schliesslich, dass die Kopfschmerzproblematik ganz im Vordergrund steht (Erw. 3.9, 3.12, 3.19). FÄ¼hrte das Unfallereignis zu keinen Frakturen (Erw. 3.1, 3.16), hielt Dr. B. in der Folge dafÄ¼r, kÄ¼rperliche Ursachen fÄ¼r die SchmerzstÄ¼rung seien nicht feststellbar (Erw. 3.7), erkannte Dr. P. ebenso keine kÄ¼rperlichen EinschrÄ¼nkungen (Erw. 3.9) und vermochten die Ä¼rzte des Spitals F. einen objektivierbaren organischen Befund fÄ¼r die Schmerzsymptomatik nicht zu erheben (Erw. 3.14), so steht fest, dass es - nach weitgehendem Abklingen der Schwindelsymptomatik (Erw. 4.2.1) - den immer noch geklagten Beschwerden an einem hinreichend objektivierbaren Korrelat fehlt. Zu Recht hat daher die Beschwerdegegnerin zur Frage der weiteren Leistungspflicht eine AdÄ¼quanzprÄ¼fung durchgefÄ¼hrt.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Der BeschwerdefÄ¼hrer erlitt ein leichtes SchÄ¼del-Hirntrauma (Erw. 3.1, 3.6), welches von einem mehrschichtigen Beschwerdebild wie Kopfschmerzen,

Schwindel, HalswirbelsÄrulenbeschwerden und MÄ¼digkeit (Erw. 3.2) gefolgt war, weshalb sich die Anwendung der Schleudertraumapraxis rechtfertigt (vgl. Erw. 2.3.2).

E. 4.3

4.3.1Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unstrittig ist das Unfallereignis als mittleres - nicht als Grenzfall zu einem schweren oder leichten - Ereignis im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. MÄrzt 2009 i.S. B., 8C_990/2008, Erw. 6.1, wo eine Person auf dem FussgÄngerstreifen von einem Auto erfasst wurde, mit grosser Wucht mit dem Kopf gegen die Windschutzscheibe stiess und anschliessend bewusstlos liegen blieb). Ebenso ist unbestritten, dass keine dramatischen UmstÄnde oder eine besondere EindrÄcklichkeit des Unfalls vorlagen (Urk. 1 S. 7, Urk. 2 S. 11). Schliesslich ist weder das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung erfÄllt, noch liegt eine Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hÄtte, vor.

4.3.2Ä Ä Sodann fehlt es an einer fortgesetzt spezifischen, belastenden Ärztliche Behandlung. Weder die vorwiegend diagnostischen Zwecken dienenden AbklÄrungen noch die beiden stationÄren Aufenthalte in der Rehaklinik A.____, welche primÄr die Wiedereingliederung des BeschwerdefÄhrers ins Berufsleben zum Ziel hatten (Erw. 3.4, 3.10), vermÄgen dafÄr zu genÄgen. Ebenso reicht es nicht aus, dass verschiedene TherapieansÄtze versucht wurden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 i.S. D., 8C_500/2008, Erw. 5.4).

4.3.3Ä Ä Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der BeeintrÄchtigung, welche die verunfallte Person durch Beschwerden im Lebensalltag erfÄhrt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Wenngleich Dr. P.____ die geschilderten Beschwerden als glaubhaft bezeichnete (Erw. 3.9), so ist augenfÄllig, dass der BeschwerdefÄhrer in seinem Alltag offenbar nicht allzu stark eingeschrÄnkt ist: Es ist ihm mÄglich, Haushaltarbeiten zu erledigen und sich um die Kinder zu kÄmmern (Erw. 3.9, 3.10), EinkÄufe zu tÄtigen, Velo zu fahren, SpaziergÄnge zu unternehmen (Erw. 3.10), sich mit Kollegen zu treffen und regelmÄssig Sport zu treiben (Erw. 3.19; vgl. Urk. 13/123 S. 8: sogar Laufen bzw. Joggen ist dem BeschwerdefÄhrer mÄglich). Im Weiteren fÄllt ins Gewicht, dass sich der BeschwerdefÄhrer aus Sicht der Fachpersonen passiv gegen jede Massnahme zu wehren schien (Erw. 3.7), sich Anhaltspunkte fÄr eine Selbstlimitierung aus den Akten ergeben (Erw. 3.10), der BeschwerdefÄhrer eine ausgeprÄgte subjektive KrankheitsÄberzeugung besitzt (Erw. 3.19) und Hinweise auf unfallfremde Begleitfaktoren (Erw. 3.15: motivationelle und intellektuelle Defizite) aktenkundig sind. Damit ist das Kriterium gesamthaft betrachtet, wenn Äberhaupt, hÄchstens in nicht ausgeprÄgter Weise erfÄllt.

4.3.4Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund persistierender Beschwerden trotz durchgefÄhrter Behandlung darf noch nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen im Sinne des entsprechenden Kriteriums geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010 i.S. D., 8C_9/2010, Erw. 3.7.4). Es bedarf hiezu besonderer GrÄnde, welche die Heilung beeintrÄchtigt haben. Ebenso wenig genÄgen die Einnahme vieler Medikamente und die DurchfÄhrung verschiedener Therapien zur Bejahung des Kriteriums (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009 i.S. T., 8C_1020/2008, Erw. 5.7). Sind solche GrÄnde vorliegend nicht gegeben, so ist das

Kriterium zu verneinen.

4.3.5.5. Ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllt ist oder nicht, kann offen bleiben. Feststeht, dass jedenfalls in Anbetracht des passiven Verhaltens des Beschwerdeführers (Erw. 3.7, 3.10), der unfallfremden Begleitfaktoren (Erw. 3.16; zudem: Kündigung, ungewisse Zukunft, Erw. 3.10), der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung (Erw. 3.19) sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Ärzte des Spitals F.____ bereits im August 2004 von einer unbeeinträchtigten Leistungsfähigkeit ausgingen (Erw. 3.3), das Kriterium nicht in ausgeprägter Form erfüllt wäre.

4.3.6. Da mithin keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt und selbst dann, wenn man zugunsten des Beschwerdeführers die beiden Kriterien der erheblichen Beschwerden und der Arbeitsunfähigkeit als erfüllt betrachtete, lediglich zwei erfüllt wären, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 9. Juni 2004 und der noch geklagten Beschwerden zu verneinen. Die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegenerin erweist sich damit als rechtfertigt.

5. Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eduard M. Barcikowski

- Rechtsanwältin Barbara Klett

- 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).

5. Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

6. 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.