

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00145 vom 17. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00145](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00145)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00145 du 17 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00145 del 17 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges 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 Kausalzusammenhanges 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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### E. 1.3

1.3.1.1.1 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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

1.3.2 Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_984/2010 vom 10. März 2011 E. 2.1). Sind die geklagten Beschwerden nicht in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen)

1.3.3 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

1.3.4 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise

leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.3.5 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

## **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom Beschwerdeführer noch geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden in keinem adäquaten Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 3. Januar 2008 ständen, weil dieses höchstens einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen darstelle und die in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien weder in gehäuft noch in besonders ausgeprägter Weise gegeben seien.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass die Einstellung der Versicherungsleistungen angesichts der unverändert fortbestehenden Unfallbeschwerden nicht nachvollziehbar sei und auf ungenügenden Abklärungen beruhe. Es seien eine neutrale und objektive Abklärung seiner Beschwerden in einer nicht an die Beschwerdegegnerin gebundenen Institution durchzuführen und die Ergebnisse der Begutachtung durch die Eidgenössische Invalidenversicherung zu berücksichtigen.

2.3 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht sämtliche Versicherungsleistungen per 31. März 2009 eingestellt hat.

## **E. 3**

Die Beschwerdeführer

3.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. A. \_\_\_\_, Praktischer Arzt, verwies im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma, datiert vom 7. Januar 2008 (Urk. 10/2), auf geklagte Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter, aufgetreten einige Stunden nach dem Unfall, sowie auf Schmerzen am rechten Daumen und am rechten Knie. Der Beschwerdeführer habe den Kopf nicht angeschlagen, sei nicht bewusstlos gewesen und weise auch keine Gedächtnislücke auf; ausserdem habe sich auch keine Angst- und respektive oder Schreckreaktion gezeigt. Die gleichentags am Spital Z. \_\_\_\_ durchgeführten bildgebenden Abklärungen ergaben einen unauffälligen Befund. So

zeigten die Röntgenaufnahmen der HWS ein normales Alignment der einzelnen Wirbelkörper sowie eine intakte vordere, mittlere und hintere Zervikallinie ebenso wie einen intakten Weichteilschlauch. Der Dens sei mittelständig und intakt (Urk. 10/72). Hinsichtlich der rechten Hand ergaben sich radiologisch keine Anhaltspunkte für frische traumatische ossäre Läsionen (Urk. 10/73); dasselbe gilt bezüglich des rechten Knies, dessen ossäre Strukturen sich altersentsprechend normal darstellten (Urk. 10/74). Gestützt auf diese Röntgenbefunde und die klinische Untersuchung, welche im Wesentlichen (leichte) Druckdolenz und bezüglich der HWS zusätzlich eine schmerzbedingt leicht eingeschränkte Motorik zum Vorschein brachte, diagnostizierte Dr. med. B. \_\_\_\_, Assistenzärztin Chirurgie, mit (undatiertem) Bericht an den Hausarzt eine Distorsion der HWS, eine Kniekontusion rechts und eine Kontusion Metacarpale I rechts. Sie bescheinigte vom 7. bis 9. Januar 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit und verordnete eine analgetische Therapie (Urk. 10/5).

3.2. Infolge persistierender Knieschmerzen wurde am 11. Januar 2008 am Spital Z. \_\_\_\_ eine Magnetresonanztomografie (MRT)-Untersuchung des rechten Kniegelenks durchgeführt. Dabei konnten weder eine posttraumatische Läsion der Knieinnenstrukturen noch ein Gelenkserguss festgestellt werden. Es wurde lediglich eine leichte Degeneration im Knorpel über der medialen Femurkondyle vermutet (Urk. 10/4).

3.3. Im ärztlichen Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin vom 28. Januar 2008 (Urk. 10/16) hielt Dr. A. \_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge keine Besserung des Gesundheitszustandes verzeichnen konnte und Angst bekunde, dass vom Schleudertrauma Folgen zurückblieben. Dr. A. \_\_\_\_ ersuchte um sofortige Intervention seitens der Beschwerdegegnerin und empfahl die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung.

3.4. Am 2. Februar 2008 begab sich der Beschwerdeführer notfallmässig ins Spital Z. \_\_\_\_, da die bis anhin durchgeführte analgetische Behandlung zu keiner Besserung der Beschwerden geführt habe; er leide im Bereich der HWS zunehmend an ausstrahlenden Schmerzen sowie an einem bewegungsabhängigen Knacken. Die Inspektion der HWS zeigte keine Auffälligkeiten. Rechtsseitig der Medianlinie bis über das Schulterblatt fand sich weiterhin eine Druckdolenz. Die Motorik war rechtsseitig unverändert schmerzbedingt eingeschränkt, wohingegen linksseitig im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. Januar 2008 eine Regredienz zu verzeichnen war. Die Sensibilität der oberen Extremitäten war beidseits intakt. Schliesslich brachten die neu erstellten HWS-Röntgenbilder einen unveränderten Status und insbesondere keine Anzeichen für ossäre Läsionen zum Vorschein. Es wurde empfohlen, die medikamentöse Therapie weiterzuführen und die Beschwerden zusätzlich mittels Physiotherapie und Massage zu behandeln (Urk. 10/19 und 10/76b).

3.5. Am 21. Februar 2008 durchlief der Beschwerdeführer in der Klinik C. \_\_\_\_ ein ambulantes Assessment, über das am 27. Februar 2008 berichtet wurde (Urk. 10/33). Nebst den bekannten somatischen Verletzungen (HWS-Distorsion, Kniekontusion rechts, Kontusion Os Metacarpale I rechts) stellten die Ärzte deutliche Zeichen eines angstgeprägten Umganges mit den Schmerzen und den Unfallfolgen fest. Sie vermerkten, dass der Beschwerdeführer über ausgeprägte Schlafstörungen, Gedankenkreisen, Zukunftsängste und rezidivierende Träume vom Unfallereignis berichtete und sich klinisch Hinweise auf Intrusionen, eine deutliche vegetative Labilität und emotionale Reizbarkeit fänden, weshalb der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung

bestehe. Insgesamt konnte auch eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet werden. Die Ärzte empfahlen einen stationären Rehabilitationsaufenthalt, anlässlich welchem die psychischen Alterationen mittels fachärztlicher Evaluation geklärt und zum Ausschluss einer neurologischen Pathologie ein neurologisches Konsilium sowie eine MRT-Untersuchung der HWS durchgeführt würden. Zusätzlich zur körperbezogenen Behandlung erachteten die Ärzte eine intensive psychosomatisch orientierte Therapie als dringend notwendig (Urk. 10/33 S. 3).

3.6.1.1 Vom 12. März bis 24. Juni 2008 liess sich der Beschwerdeführer in der Klinik C. stationär behandeln.

3.6.1.2 Das in diesem Rahmen eingeholte psychosomatische Konsilium vom 29. April 2008 (Urk. 10/62) ergab die Diagnose einer reaktiven mittelgradigen depressiven Störung mit Angst (ICD-10 F32.1). Der berichtende Arzt med. pract. D., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, notierte, bereits im Erstgespräch vom 18. März 2008 sei deutlich geworden, dass das gesamte Zustandsbild des Beschwerdeführers wesentlich durch eine Affektstörung mit Stimmungsschwankungen, Ängsten und Unsicherheit geprägt sei (Urk. 10/62 S. 2), wobei wohl weniger das Unfallereignis an sich, als die anschliessenden Einvernahmen und Abklärungen durch die serbische Polizei mit Angst um Ehefrau und Kind eine für den aus dem Kosovo stammenden Beschwerdeführer subjektiv extrem stressbeladene Situation dargestellt habe. Er konstatierte, dass dieser Umstand und der weitere protrahierte Verlauf mit aus Sicht des Beschwerdeführers drohendem Verlust von Arbeit und Existenz gleichermaßen Hintergrund der anhaltenden erheblichen Angstproblematik mit Alpträumen, vegetativen Mitreaktionen und einer entsprechend negativen Auswirkung auf die Schmerzproblematik sein dürften (Urk. 10/62 S. 3). Da der Beschwerdeführer in erster Linie eine weitere Behandlung der Affektstörung benötige und sich bezüglich des vorgeschlagenen Eintrittes in eine psychiatrische Tagesklinik skeptisch zeige, sei eine Schnupperwoche am Zentrum E. organisiert worden (Urk. 10/62 S. 4).

3.6.2.1 Im Hinblick auf die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten belastungsabhängigen Schmerzen und gelegentlichen Blockaden am rechten Kniegelenk wurde das orthopädische Konsilium vom 24. Juni 2008 (Urk. 10/64) eingeholt. Dr. med. F., FMH Chirurgie Schwerpunkt Allgemein- und Unfallchirurgie, berichtete, dass sich die geäusserten Kniebeschwerden mit den Befunden der klinischen und röntgenologischen Untersuchungen nicht erklären liessen und er diesbezüglich deshalb keine konkreten Therapieempfehlungen abgeben könne.

3.6.3.1 Im Austrittsbericht vom 8. Juli 2008 (Urk. 10/65) führten die behandelnden Ärzte der Klinik C. die folgenden Diagnosen auf:

A. Unfall vom 3. Januar 2008 (Frontalkollision mit Wildtier).

- HWS-Distorsion (radiologisch keine ossären Läsionen, MRT vom 1. April 2008 Kantonsspital Baden musste auf Grund erheblichen Bewegungsdranges des Patienten abgebrochen werden)

- Kniekontusion rechts (radiologisch keine ossären Läsionen, 11. Januar 2008 MRT ohne posttraumatische Läsionen, leichte chondrale Degeneration über Femurkondylus medialis)

- Kontusion Os metacarpale I rechts (radiologisch Frakturausschluss)

Â Â Â A1 Reaktive depressive StÃ¶rung mit Angst, mittleren Grades (ICD-10: F32.1)

Â Â Â A2 Zervikovertebrales Syndrom

Â Â Â A2 Knieschmerzen rechts

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Ã¶rzte der Klinik C.\_\_\_\_ berichteten, dass rund fÃ¼nfhalb Monate nach dem Unfallereignis vom 3. Januar 2008 eine reaktive depressive StÃ¶rung mit Angst mittleren Grades und ein vorwiegend depressives Zustandsbild bestÃ¼nden. Der BeschwerdefÃ¼hrer sei in sÃ¤mtlichen AktivitÃ¤ten des tÃ¤glichen Lebens (Activities of daily living, ADL) selbstÃ¤ndig. Jedoch habe sich seine Stimmung im Verlauf trotz physiotherapeutischer, medikamentÃ¶ser und aktivierender Therapie nicht gebessert; es habe auch keine wesentliche Verbesserung der Belastbarkeit verzeichnet werden kÃ¶nnen (Urk. 10/65 S. 3). In Bezug auf die ArbeitsfÃ¤higkeit des BeschwerdefÃ¼hrers vermerkten sie, dass die Resultate der physischen Leistungstestes infolge maladaptiven Umganges mit Schmerzen und psychisch bedingter Selbstlimitierung nicht verwertbar seien. Es sei allerdings davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere als die bei den Tests und im Training in den Therapien gezeigte Leistung erbracht werden kÃ¶nnte. Wegen einer psychischen StÃ¶rung mit Krankheitswert bestehe eine mittelschwere Leistungsminderung. Aktuell seien weder die zuletzt ausgeÃ¼bten TÃ¤tigkeiten noch eine andere berufliche TÃ¤tigkeit zumutbar; es bestehe eine volle ArbeitsunfÃ¤higkeit. Die Ã¶rzte empfahlen als Prozedere ambulante Physio- und Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie sowie die WeiterfÃ¼hrung der antidepressiven Medikation und verordneten eine psychotherapeutische GesprÃ¤chstherapie im Zentrum E.\_\_\_\_. Im Weiteren regten sie eine rektoskopische Untersuchung an unter Hinweis, dass die ihrerseits bezÃ¼glich der vom BeschwerdefÃ¼hrer wiederholt geklagten Blutauflagerungen im Stuhl durchgefÃ¼hrten AbklÃ¤rungen keine AuffÃ¤lligkeiten gezeigt hÃ¤tten (Urk. 10/65 S. 2).

3.7 Â Â Â Die Ã¶rzte des Zentrums E.\_\_\_\_, welche den BeschwerdefÃ¼hrer vom 19. bis 23. Mai 2008 im Rahmen einer Schnupperwoche teilstationÃ¤r und auf seinen ausdrÃ¼cklichen Wunsch hin ab dem 30. Juni 2008 nurmehr ambulant behandelten (vgl. hierzu auch Urk. 10/38, 10/40-42 und 10/63), diagnostizierten mit Bericht vom 28. August 2008 (Urk. 10/84) neben den bereits bekannten somatischen Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Im Weiteren Ã¤usserten sie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung (ICD-10 F45.44), dies unter Hinweis, dass differentialdiagnostisch eine undifferenzierte SomatisierungsstÃ¶rung (ICD-10 F45.1) in Betracht komme (Urk. 10/84 S. 1). Im Vordergrund stÃ¼nden eine Ã¤ngstlich depressive Symptomatik und eine starke Einengung auf die Schmerzsymptomatik. Es sei bislang nicht gelungen, eine therapeutische Beziehung zum BeschwerdefÃ¼hrer herzustellen, ein Krankheitskonzept zu erarbeiten und ihn zu aktiver Beteiligung an der Behandlung zu motivieren. Entsprechend habe bisher keine Verbesserung des Befindens erreicht werden kÃ¶nnen. Da das Zentrum E.\_\_\_\_ fÃ¼r den BeschwerdefÃ¼hrer aus unklar bleibenden GrÃ¼nden hÃ¶chst negativ besetzt sei, werde empfohlen, die ambulante psychiatrische Behandlung in einer Privatpraxis fortzusetzen (Urk. 10/84 S. 2).

3.8 Â Â Â Am 22. September 2008 erfolgte am Spital Z.\_\_\_\_ eine erneute MRT-Untersuchung der HWS, welche keine Anhaltspunkte fÃ¼r wesentliche posttraumatische ossÃ¤re Alterationen ergab. Auch waren keine wesentlichen degenerativen VerÃ¤nderungen ersichtlich; eine Nervenwurzel- oder Myelonkompression wurde verneint (Urk. 10/94).

3.9. Eine ebenfalls am Spital Z.\_\_\_\_ durchgeführte MRT-Untersuchung des rechten Knies vom 17. November 2008 zeigte einen im Vergleich zur Voruntersuchung vom 11. Januar 2008 (Urk. 10/4) im Wesentlichen unveränderten Status. Erkennbar waren eine beginnende Chondropathia patellae Grad I und eine leichte Degeneration im Knorpel des medialen Femurkondylus ohne weiteren Anhalt für eine Knieinnenläsion. Hinweise auf eine ossäre Läsion waren weiterhin nicht zu verzeichnen (Urk. 10/109).

3.10. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit dem 12. September 2008 behandelte, schloss mit Bericht vom 18. November 2008 (Urk. 10/110) diagnostisch auf eine mittelgradige depressive Episode mit Angst (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.44). Er berichtete, dass der Beschwerdeführer einem Aufenthalt in einer Tagesklinik (weiterhin) skeptisch gegenüber stehe und bezeichnete dessen ängstliche Selbstlimitierung und Schwierigkeiten im Umfang mit seiner psychischen Störung als Faktoren, die prognostisch eher negativ zu werten seien.

3.11. Am 24. November 2008 berichtete Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, über die gleichentags durchgeführte medizinische Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 10/112). Gestützt auf die medizinische Aktenlage und seine eigenen Untersuchungsbefunde gelangte er zum Schluss, dass ein diffuses Beschwerdebild vorliege, welches nicht mit einem strukturellen Korrelat erklärt werden könne. In somatischer Hinsicht sei von einem Endzustand auszugehen. Es gebe keinen Ansatz mehr, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers respektive die von ihm geklagten Beschwerden in somatischer Hinsicht zu verbessern. Ausserdem müsse man sich die Frage stellen, was bei fehlenden objektivierbaren, traumatisch bedingten, strukturellen Läsionen überhaupt noch therapiert werden solle. Der therapeutische Ansatz liege in der Behandlung der psychischen Problematik.

3.12. Dr. med. I.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, notierte im Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin vom 4. Dezember 2008 (Urk. 10/117) einen sehr mässigen Verlauf mit nur bescheidener Besserung trotz laufender Physiotherapie; es zeige sich eine Schiefhalsentwicklung unklarer Ursache und eine ausgeprägte psychische posttraumatische Alteration. Dr. I.\_\_\_\_ hielt dafür, dass im Heilungsverlauf keine unfallfremde Faktoren mitwirkten und erachtete die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit als nicht angezeigt. Ergänzend führte er in seinem Bericht vom 8. Dezember 2008 (Urk. 10/118) aus, dass im Therapiegespräch unter Beizug der Ehefrau von einem relativ massiven Psychotrauma auszugehen sei. Es habe sich ein eigentliches Angstsymptom mit ausgeprägten Schlafstörungen entwickelt, wobei der Beschwerdeführer das Unfallbild, konkret das in Fleischstücke zerrissene Wild, repetitiv und in Untervarianten wiedererlebe. Unfallbedingt sei beim Beschwerdeführer die Notwendigkeit einer eingehenden Psychotherapie sicher noch länger Zeit gegeben. Diese Einschätzung bekräftigte er in seinem weiteren Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2009 (Urk. 10/130a).

3.13. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, berichtete am 22. Dezember 2008 (Urk. 10/149) zuhanden von Dr. I.\_\_\_\_ betreffend die Konsultation vom 19. Dezember 2008. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer über vermehrte Schluckschmerzen in der Nacht und ein morgendliches Schleimgefühl im Halsbereich sowie teils Atemnot klage; wechselweise komme es auch zu einer Nasenatmungsbehinderung. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers hätten vor dem

Unfall keinerlei Hals- und Nasenbeschwerden bestanden. Dr. J.\_\_\_\_ vermerkte diagnostisch ein stÄ¶rendes SchleimgefÄ¶hl bei erheblicher Septumdeviation nach links und ein HWS-Distorsionstrauma am 3. Januar 2008 mit anhaltendem Schiefhals nach rechts.

3.14Ä Ä Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt fÄ¶r Neurologie FMH, hielt mit Bericht vom 17. Februar 2009 (Urk. 10/131) fest, dass die am Vortag durchgefÄ¶hrte Untersuchung des BeschwerdefÄ¶hrers keine Hinweise fÄ¶r eine peripher-neurogene oder radikulÄ¶re LÄ¶sion in den cervikalen oder lumbo-sakralen Bereichen gezeigt habe. Ebenso wenig seien Hinweise fÄ¶r eine topografisch festzulegende strukturelle StÄ¶rung im zentralnervÄ¶sen Bereich vorhanden. Die Muskeltröphik sei allseits intakt, was eine relevante Schoninnervation im Verlaufe von Wochen bis Monaten sehr unwahrscheinlich mache. Der Schiefhals sei gegen einen gewissen erhÄ¶hten Muskelwiderstand relativ gut korrigierbar, wenn auch nur vorÄ¶bergehend. Eine essentielle respektive primÄ¶re Dystonie halte er fÄ¶r weitgehend ausgeschlossen. Aus neurologischer Sicht habe er keine ErgÄ¶nzungen zu den schon im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ erwÄ¶hnten und diskutierten Diagnosen. Im Zentrum stÄ¶nde seiner Meinung nach die von psychiatrischer Seite bereits beschriebene AngststÄ¶rung, die allenfalls im Rahmen einer depressiven Erkrankung verstÄ¶rkt werden kÄ¶nne; zusÄ¶tzlich bestehe eine somatoforme Erkrankung mit Manifestation als Schmerz und eine BewegungsstÄ¶rung, wobei er fÄ¶r letztere auch eine aggravierende Komponente vermute. Die weiteren Behandlungsmassnahmen betrÄ¶fen ausschliesslich diese psychischen StÄ¶rungen.

3.15Ä Ä GemÄ¶ss (Ä¶berarbeitetem) Austrittsbericht vom 15. Oktober 2009, datiert vom 13. November 2009 (Urk. 19/167), weilte der BeschwerdefÄ¶hrer vom 31. August bis 7. Oktober 2009 auf Zuweisung des behandelnden Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_ zur psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik L.\_\_\_\_. Die Ä¶rzte diagnostizierten eine posttraumatische BelastungsstÄ¶rung (ICD-10 F43.1), eine reaktiv depressive StÄ¶rung mit Ä¶ngsten (ICD-10 F32.9), eine Cephalgie und Torticollis rechtsbetont (ICD-10 R51) mit Status nach HWS-Distorsion bei Autounfall am 3. Januar 2008, chronische Knieschmerzen rechts (ICD-10 M25.56) mit Status nach Kniekontusion bei Autounfall am 3. Januar 2008 sowie eine degenerative Spondylolyse von LWK 3 linksseitig (ICD-10 M43.09; RÄ¶ntgen-Computertomografie [CT] vom 25. September 2009) bei Osteochondrose/Sklerosierung im Segment L5/S1 und kleiner posteriomedianer Diskushernie L4/5 rechtsbetont (Urk. 19/167 S. 1). Der BeschwerdefÄ¶hrer habe sich anÄ¶sslich des Rehabilitationsaufenthaltes psychophysisch rekonditionieren, seine eigenen Grenzen besser erkennen und seine Ressourcen aktivieren sowie Strategien im Umgang mit Anspannung und AlptrÄ¶umen erlernen und anwenden kÄ¶nnen. Er habe Copingstrategien im Umgang mit Schmerzen erlernt und selbstÄ¶ndig angewandt; gleichsam habe er wieder Energie aufbauen und somit sein Selbstvertrauen steigern kÄ¶nnen (Urk. 19/167 S. 3). Als Prozedere befÄ¶rworteten die Ä¶rzte eine WeiterfÄ¶hrung der Sport-, Ergo- und Physiotherapie (Kraft- und Ausdauertraining, medizinische Trainingstherapie) ebenso wie der ambulanten Psychotherapie bei Dr. G.\_\_\_\_, wobei sie im Hinblick auf die Einhaltung einer Tagesstruktur ein VorgesprÄ¶ch auf der Tagesklinik des Zentrums E.\_\_\_\_ anregten. Sie verneinten eine ArbeitsfÄ¶higkeit bis und mit 21. Oktober 2009 unter Hinweis, dass bei ausreichender psychophysischer Stabilisierung ein schrittweiser beruflicher Wiedereinstieg in ErwÄ¶gung zu ziehen sei.

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1. Vorab ist festzuhalten, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der medizinischen Sachlage erlauben und von zusätzlichen medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, weshalb sich weitere Beweismassnahmen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) erübrigen. Soweit der Beschwerdeführer allenfalls mit dem Begehren, es sei eine neutrale und objektive medizinische Begutachtung in einer nicht an die Beschwerdegegnerin gebundenen Institution durchzuführen, die Unparteilichkeit des Kreisarztes und respektive oder der Ärzte der Klinik C. in Zweifel zu ziehen beabsichtigt, ist festzustellen, dass keine Hinweise aktenkundig sind, welche auf eine Voreingenommenheit oder Befangenheit dieser Personen schliessen lassen. Solche Umstände werden denn auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend gemacht.

4.2. Auf Grund der dargelegten medizinischen Aktenlage steht fest, dass kein unfallbedingtes organisches Substrat gefunden werden konnte, welches die vom Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin (31. März 2009) noch geklagten gesundheitlichen Beschwerden zu erklären vermöchte. Die durchgeführten bildgebenden Untersuchungen ergaben keine Anhaltspunkte auf unfallbedingte Schädigungen. Es zeigten sich im Gegenteil leichte degenerative Veränderungen sowohl im Bereich der HWS (Urk. 10/94) und LWS (Urk. 19/167) als auch des rechten Knies (Urk. 10/4, 10/65, 10/109), wohingegen ossäre Läsionen ausdrücklich verneint wurden. Zwar werden im Befundbericht betreffend die MRT-Untersuchung der HWS vom 22. September 2008 (Urk. 10/94) gegen Ende der Untersuchung zunehmend auftretende Bewegungsartefakte erwähnt, aus den Ausführungen der zuständigen Radiologin ergibt sich indes, dass die Bildqualität nicht beziehungsweise nicht entscheidend eingeschränkt war in dem Sinne, dass keine zuverlässige Beurteilung möglich war. Hinsichtlich der im MRT-Befund des rechten Kniegelenks vom 17. November 2008 (Urk. 10/109) erwähnten, insgesamt deutlich eingeschränkten Beurteilbarkeit infolge Bewegungsunruhe des Beschwerdeführers ist sodann zu berücksichtigen, dass dem beurteilenden Radiologen die Ergebnisse der Voruntersuchung vom 11. Januar 2008 vorlagen (Urk. 10/4), welche ohne Einschränkung einen unauffälligen Befund zeigten. Insofern ist es unwahrscheinlich, dass in den bildgebenden Abklärungen eine unfallbedingte Schädigung übersehen wurde. Soweit der Beschwerdeführer sich auf eine Schmerzpersistenz beruft, ist darauf hinzuweisen, dass praxisgemäss aus dem Vorliegen von Schmerzen nicht auf organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden kann. Da sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht, muss verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (vgl. dazu auch vorstehend E. 1.3.2), andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse. Als dann können auch klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken und Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_736/2009 vom 20. Januar 2010, E. 3.2 mit Hinweisen). Fehlt es nach dem Gesagten an organisch objektiv nachweisbaren Unfallfolgen, welche die noch geklagten gesundheitlichen Beschwerden zu erklären vermöchten, kommt der Beurteilung der adäquaten Kausalität besondere Bedeutung zu (vgl. E. 1.3.2 hiervor).

4.3. Weiter geht aus den medizinischen Unterlagen deutlich hervor, dass unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis vom 3. Januar 2008 eine psychische Fehlentwicklung ihren Anfang nahm, die im Verlauf bis zum Beurteilungszeitpunkt die somatischen Beschwerden eindeutig in den Hintergrund treten liess. So äusserte der nach Lage der Akten psychisch nicht vorbelastete Beschwerdeführer gegenüber seinem damaligen Hausarzt Dr. A. noch im Laufe des Unfallmonates Angst, dass vom Schleudertrauma Folgen zurückblieben (ärztlicher Zwischenbericht vom 28. Januar 2008, Urk. 10/16). Keine zwei Monate nach dem Unfall beschrieben die Ärzte der Klinik C. anlässlich des medizinischen Assessments vom 21. Februar 2008 einen dringenden Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und erachteten eine stationäre, intensive psychosomatisch orientierte Therapie als dringend notwendig (Bericht vom 27. Februar 2008, Urk. 10/33). Sodann wurde im Rahmen des psychosomatischen Konsiliums der Klinik C. vom 29. April 2008 (Urk. 10/62) fachärztlich die Diagnose einer reaktiven mittelgradigen depressiven Störung mit Angst (ICD-10 F32.1) gestellt und eine psychotherapeutische Behandlung in einer Tagesklinik angeregt, welchem Vorschlag der Beschwerdeführer indes ablehnend gegenüber stand. Im Austrittsbericht der Klinik C. vom 8. Juli 2008 (Urk. 10/65) wurde dem Beschwerdeführer schliesslich infolge eingeschränkter psychophysischer Belastbarkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und ein medizinisches Prozedere zur Verbesserung insbesondere des psychischen Gesundheitszustandes empfohlen. Die Ärzte des Zentrums E., welche den Beschwerdeführer zeitweilig psychiatrisch behandelten, schlossen diagnostisch ebenfalls auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1); zusätzlich äusserten sie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.44; Bericht vom 28. August 2008, Urk. 10/84), welcher vom nachbehandelnden Psychiater Dr. G. bestätigt wurde (Bericht vom 18. November 2008, Urk. 10/110). Schliesslich kamen der Kreisarzt Dr. H. (Bericht vom 24. November 2008, Urk. 10/112) und der neurologische Gutachter Dr. K. (Bericht vom 17. Februar 2009, Urk. 10/131) übereinstimmend zum Schluss, dass die weiteren Behandlungsmassnahmen ausschliesslich die psychiatrischen Störungen betreffen. Bei dieser Sachlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer untergeordneten Rolle der physischen Anteile ausging und die Prüfung der adäquaten Kausalität unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 vornahm (vgl. vorstehend E. 1.3.3).

4.4. Da, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, die Adäquanz zu verneinen ist, kann offen bleiben, ob die vom Beschwerdeführer noch geklagten gesundheitlichen Beschwerden in einer natürlichen Kausalbeziehung zum Unfall vom 3. Januar 2008 stehen.

## E. 5

5.1. Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer (unter Einstellung von Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (BGE 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Die namhafte Besserung bemisst sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit



eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung und insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, für sich allein nicht zu begründen. Ebenfalls ausgeschlossen werden kann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, zumal diese im Falle des Beschwerdeführers lediglich kurzfristig somatisch indiziert war und schon kurze Zeit nach dem Unfallereignis die therapeutische Behandlung des psychischen Leidens im Vordergrund stand. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, kann ebenso wenig gesprochen werden wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und massiven Komplikationen. Körperliche Dauerschmerzen sind auf Grund der Akten zwar ausgewiesen, jedoch sind sie nicht objektivierbar und im Zusammenhang mit der psychischen Symptomatik zu sehen. Soweit eine physisch bedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestand, war sie nicht erheblicher und nur kurzzeitiger Natur. Bereits im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ vom 8. Juli 2008 war die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit psychisch begründet (Urk. 10/65 S. 2), weshalb auch dieses Kriterium zu verneinen ist. Folglich ist keines der massgebenden Kriterien gegeben und die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Die Bemessung einer Invalidenrente und Integritätsentschädigung erbringt sich demnach.

6. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin für die geklagten gesundheitlichen Beschwerden mangels adäquatem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3. Januar 2008 nicht über den 31. März 2009 hinaus leistungspflichtig ist. Demzufolge erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

- Groupe Mutuel, Rue du Nord 5, 1920 Martigny

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.