

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00177 vom 23. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00177

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00177 du 23 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00177 del 23 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Die Zürcher Versicherungs-Gesellschaft AG (vormals: "Zürcher" Versicherungs-Gesellschaft; nachfolgend: 'Zürcher'; Rechtsnachfolgerin der ursprünglich involvierten Altstadt Versicherungen) hatte der 1967 geborenen X. für die Folgen einer am 1. Januar 1990 erlittenen Handverletzung rechts auf (Bagatellunfall-)Meldungen vom 11. April 1991 (Urk. 17/Z1 = 22/1), 25. September 1991 (Urk. 17/Z3 = 22/11), 31. März 1992 (Urk. 17/Z7 = 22/17) beziehungsweise 8. Dezember 1994 (Urk. 13/Z12 = 22/31) hin Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen erbracht (vgl. zur Zuständigkeit: Urk. 17/Z27, 17/Z36, 17/Z40-Z41, 17/Z45, 17/Z49-Z52, 22/61 und 22/64-67), bevor sie der Versicherten mit Verfügung vom 12. Februar 1998 (Urk. 17/Z83) eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 50 % mit Wirkung ab 1. Januar 1998 sowie eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einbusse von 20 % zusprach. Im Zuge eines von der Versicherten dagegen am 17. Februar 1998 angehobenen Einspracheverfahrens (mit dem Antrag auf Zusprechung einer Invalidenrente von mindestens 66

E. 2

/

E. 3

3.1. Die grundsätzliche Wiedererwägungsfähigkeit der mitunter periodische Dauerleistungen betreffenden Verfügung vom 12. Februar 1998 (Urk. 17/Z83) unter dem Erheblichkeitsgesichtspunkt steht ausser Frage.

Wie im BGer-Urteil vom 5. November 2008 (Urk. 5/19 = 13/Z202) klargestellt (E. 5.3; s. oben Sachverhalt Ziff. 1.1), blieb es mit dem am 24. März 2009 erfolgten (Urk. 3/4 = 13/Z204) Rückzug der am 17. Februar 1998 erhobenen (und am 23. April 1998 ergänzten; Urk. 17/Z85 und 17/Z95) Einsprache gegen die Verfügung vom 12. Februar 1998 (Urk. 17/Z83; nach 'reformatio in peius'-Androhung vom 23. Februar 2009 [Urk. 3/3 = 13/Z203]) allerdings vorderhand bei der zugesprochenen Rente auf der Grundlage einer Erwerbsunfähigkeit von 50 %. Zwar stand es der Beschwerdegegnerin frei, im Anschluss daran nach Massgabe des von ihr angerufenen Rückkommenstitels von Art. 53 Abs. 2 ATSG auf die somit in Rechtskraft erwachsene, materiell richterlich unbeurteilt gebliebene Verfügung vom 12. Februar 1998 zurückzukommen, jedoch nur 'ex nunc et pro futuro'. Soweit die Beschwerdegegnerin in der mit dem angefochtenen Entscheid vom 6. Mai 2010 (Urk. 2 = 13/Z219) bestätigten Verfügung vom 7. Juli 2009 (Urk. 3/5 = 13/Z206) die Einstellung der Rentenleistungen rückwirkend per 31. August 2007 angeordnet hat (analog dem kassierten Einspracheentscheid vom 22. August 2007 [Urk. 5/2 = 17/Z196 =

17/EZ1 Beilage]), erweist sich dies mithin als unzulässig; wirksam werden könnte die wiedererwägungsweise Rentenaufhebung frühestens auf das nächste Monatsende, das heisst per 31. Juli 2009.

E. 3.2

3.2.1.1 Vorliegend steht fest, dass in Bezug auf das Ereignis vom 1. Januar 1990 vier der fünf Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs - Körperverletzung, äussere Einwirkung, Plötzlichkeit und fehlende Absicht - gegeben sind. Fraglich ist, wie es sich mit der erforderlichen Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung verhält. Da dieses Erfordernis bei Vorliegen einer unfallähnlichen Körpererschädigung entfällt, ist vorab zu prüfen, ob von einer solchen Verletzung auszugehen ist. Beschwerdeweise angerufen werden die Tatbestände gemäss Art. 9 Abs. 2 lit. b und g UVV (Verrenkungen von Gelenken bzw. Bandläsionen). Andere Tatbestände aus der abschliessenden Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körpererschädigungen gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV fallen denn auch von vornherein ausser Betracht (Knochenbrüche [lit. a], Meniskusrisse [lit. c], Muskelrisse [lit. d], Muskelzerrungen [lit. e], Sehnenrisse [lit. f] und Trommelfellverletzungen [lit. h]).

3.2.2.1 Praxisgemäss erfüllen den Tatbestand von Art. 9 Abs. 2 lit. b UVV nur eigentliche Gelenksverrenkungen (Luxationen), nicht aber unvollständige Verrenkungen (Subluxationen) oder Torsionen (Verdrehungen) und Distorsionstraumen (Verstauchungen; SVR 2009 UV Nr. 34 S. 118; Urteile des EVG U 236/04 vom 10. Januar 2005 E. 3.1 und U 385/01 vom 10. Januar 2003 E. 3). Eine Luxation liegt wiederum nur vor, wenn die durch ein Gelenk verbundenen Knochenenden verschoben sind (Urteil des BGer 8C_1029/2009 vom 11. Januar 2010 E. 2.2.1).

Mit dem Ausdruck "Bandläsionen" (im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. g UVV) wollte der Verordnungsgeber nicht nur die Bandrupturen, sondern auch die Bänderzerrungen und -dehnungen erfassen, womit alle Formen der traumatischen Gelenksdistorsionen als unfallähnliche Körpererschädigung gelten (RKUV 1990 Nr. U 112 S. 374 E. 2b, mit Hinweisen; Urteil des EVG U 277/99 vom 30. August 2001 E. 4.b).

3.2.3.1 Dr. med. A., FMH Allgemeine Medizin, berichtete zuhanden der Z. am 3. April 1991 (Urk. 17/ZM1 Beilage = 21/12 = 22/2) unspezifiziert über eine "Verletzung des rechten Handgelenks", wobei er hartnäckige Schmerzen im Bereich dieses Gelenks erwähnte und als Befund eine deutliche Druckdolenz in der Tabatière (nicht jedoch im Bereich der diese begrenzenden Sehnen) aufführte; dies mit dem Hinweis, dass eine Handgelenksaufnahme seitlich sowie eine Naviculare-Spezialaufnahme anterior-posterior keine Fraktur gezeigt hätten.

Der von Z.-Kreisarzt Dr. med. B. erhobene Handbefund lautete gemäss Bericht vom 23. April 1991 (Urk. 17/ZM1 [fragmentarisch] = 21/14 = 22/5) wie folgt:

"Handgelenke beidseits grazil, äusserlich unauffällig, normalkonturiert und im Sinne eines Hyperlaxitätssyndromes sehr stark beweglich.

Bei der Palpation ist das rechte Handgelenk dorsal über dem Capitatum etwas empfindlich. Distales Ulnaende im Vergleich zur Gegenseite nicht vermehrt in dorsovolarer Richtung verschiebbar. Die Prüfung ist geringfügig schmerzhaft.

Tabatière indolent.

Watson-Test normal.

Das Handgelenk kann in Adduktionsstellung nach volar beidseits etwas subluxiert werden und reponiert sich bei passiver Abduktion."

Die kreisärztliche Beurteilung lautete dahin, dass sich im Bereich der Handgelenke beidseits Zeichen eines Hyperlaxitätssyndroms fänden. Zwar ständen die Röntgenbilder nicht zur Verfügung, doch hätten diese laut Bericht (von Dr. A.____) keinen pathologischen Befund ergeben, und es stelle sich die Frage, ob es anlässlich der Distorsion (vom 1. Januar 1990) zu einem zusätzlichen Bandschaden gekommen sei. Trotz der nicht sicher dokumentierbaren Seitendifferenz sei eine konsiliarische Untersuchung im Kreisspital C.____ zu empfehlen, wo die bisherige radiologische Abklärung durch standardisierte Funktionsaufnahmen ergänzt werden könne.

In seinem Überweisungsschreiben zuhanden von Dr. med. D.____, FMH Chirurgie/Handchirurgie, Chefarzt Chirurgie des Kreisspitals C.____, vom 8. Mai 1991 (Urk. 17/ZM2 = 21/17 = 22/6) machte Dr. A.____ nachfolgende, auf der Konsultation vom 23. März 1991 gründende Befundangaben:

- Druckdolenz im mittleren dorsalen Handgelenksbereich rechts;
- auffallende hohe Bandlaxität der Handgelenke beidseits.

Im Übrigen verwies er auf die von Kreisarzt Dr. B.____ aufgeführten Befunde, welche er seinerseits als zutreffend bekräftigte.

Der konsiliarisch beigezogene Dr. D.____ diagnostizierte im Bericht vom 11. Juni 1991 (Urk. 17/ZM4 = 22/7) eine dynamische Form der scapho-lunären Instabilität mit massivem Klick beim Watsonstest. Die klinische Untersuchung zeigte ein inspektorisch unauffälliges und voll bewegliches Handgelenk, wobei die bis 100° reichende Volarflexion als Bandlaxität interpretiert und das Ergebnis der Kraftmessung (Jamar Stufe 2 mit 5 Messungen) bei einem Durchschnitt von rechts 36 kg und links 37 kg zufolge Rechtshändigkeit als leichter Kraftverlust rechts bewertet wurde. Eine spezifische Druckdolenz am rechten Handgelenk konnte nicht gefunden werden, jedoch war der Watsonstest auffallend stark positiv (mit dabei auftretendem massivem Schnappen, das auch spontan bei Radialduktion ausgelöst werden konnte). Die angefertigten Funktionsaufnahmen zeigten ausser einem grazilen Handgelenksskelett keinen pathologischen Befund, wobei sich namentlich die durch den Watsonstest belegte scapho-lunäre Instabilität auf der Aufnahme mit kräftigem Faustschluss nicht darstellen liess. Zum Prozedere empfahl Dr. D.____ eine einstweilen konservative Therapie (Tragen einer Handschiene, Verzicht auf extreme Dorsalextension und axiale Belastung in dieser Position [wie Liegestütze usw.]) und wies im Übrigen auf die Möglichkeit einer Handgelenksarthroskopie und allfälligen STT-Arthrodesen hin. Am 18. September 1991 berichtete Dr. D.____ sodann was folgt (Hervorhebungen weggelassen; Urk. 17/ZM3 = 22/8):

"Trotz Tragen der Handgelenksschiene sind die Beschwerden unverändert. Zeitweise kommt es zu blockadeartigen Phänomenen im Handgelenk.

Bei der klinischen Untersuchung [kann] nach wie vor ein hypermobiles Handgelenk rechts mit massiv positivem Watsonstest festgestellt werden. Ausserdem luxiert die Extensor-carpi-ulnaris-Sehne über dem Ulnaköpfchen (dieser Vorgang ist indolent). Auch am linken Handgelenk bestehen eine Hypermobilität sowie ein positiver

Watsonstest. Links ist die Patientin aber beschwerdefrei.

Beurteilung und Procedere:

Die klinisch eindeutige und massive scapho-lunäre Instabilität bedarf wohl der Korrektur, da die Patientin durch die andauernden Beschwerden erheblich beeinträchtigt ist. Aethiologisch muss angenommen werden, dass bei konstitutionell laxen Bändern der Unfall im Januar 1990 eine ernsthafte Instabilität ausgelöst hat.

Der nächste Schritt besteht nun in einer Handgelenksarthroskopie. Vermutlich wird eine STT-Arthrodeese nicht zu umgehen sein."

Die am 23. September 1991 durchgeführte Operation (Handgelenksarthroskopie mit dynamischer Untersuchung unter dem Bildverstärker) führte laut Dr. D. ___s gleichentags verfasstem Bericht (Urk. 17/ZM5 = 22/9) zur Diagnose einer symptomatischen scapho-lunären Instabilität am rechten Handgelenk mit Knorpelschädigungen im Radio-carpal-Gelenk. Die Knorpelschädigungen wurden an der palmaren Radiuskante (beträchtlichen Ausmasses, aber nicht bis zum Knochen reichend) sowie im Bereich von Lunatum und Triquetrum lokalisiert, während die Inspektion der Gelenkfläche des Scaphoides keinen pathologischen Befund ergab. Die scapho-lunäre Verbindung wurde als deutlich gelockert beschrieben, derweil der vollständig eingesehene Discus articularis keinen Defekt aufwies; sowohl im Bereich der scapho-lunären Verbindung als auch in der Nähe des Processus ulnae wurden synovitische Veränderungen festgestellt. Die dynamische Untersuchung im Bildverstärker ergab keine Besonderheiten, wobei sich allerdings die scapho-lunäre Dissoziation bei der Durchleuchtung "[m]erkwürdigerweise" nicht vollständig erfassen liess. Am 23. März 1992 wurde im Kreisspital C. ___ bei Diagnose einer massiven scapho-lunären Instabilität mit Rotationssubluxation des Scaphoides und Knorpelschädigung im Scaphoid-Capitatum-Gelenk an der rechten Hand eine STT-Arthrodeese am rechten Handgelenk mit Spongiosaplastik durchgeführt (Austrittsbericht von Dr. D. ___ und Dr. med. E. ___ vom 2. April 1992 [Urk. 17/ZM9 = 22/18]). Bei diesem Eingriff wurde nach Eröffnung der Gelenkkapsel (in Längsrichtung) festgestellt, dass bei jeder Radialduktion des Handgelenkes eine abnormstarke Flexion des Scaphoides auftrat, wobei im distalen Scaphoiddrittel (dorsalseits, an der dem Capitatum zugewendeten Gelenkfläche) eine tiefe Knorpelusura (im Ausmass von ca. 5x8 mm) zum Vorschein kam, die entsprechende Stelle am Capitatum jedoch unauffällig war (Operationsbericht von Dr. D. ___ vom 23. März 1992 [Urk. 17/ZM10 = 22/19]).

Im 'Arztzeugnis UVG' der Dres. med. F. ___ und G. ___ vom Kreisspital C. ___ vom 9. April 1992 (Urk. 17/ZM11 = 22/20) wurde - bei gleichlautender Diagnosestellung wie in den Operations- und Austrittsberichten der Dres. D. ___ und E. ___ - dargelegt, dass "eine offenbare Luxation eines Handwurzelknochens" bestanden habe.

In der Klinik H. ___ wurden gemäss Bericht der Dres. med. I. ___ und J. ___ vom 19. Dezember 1994 (Urk. 17/ZM19 = 22/34) Restbeschwerden bei Status nach STT-Arthrodeese bei scapholunärer Dissoziation am rechten Handgelenk diagnostiziert, wobei radiologisch (anterior-posterior und seitlich sowie in Radial-/Ulnarduktion) eine allgemein wie insbesondere auch stellungsmässig (Scaphoid) gute Konsolidierung (bei als "ausserordentlich schön" beschriebenen) radiocarpalen Verhältnissen konstatiert und auf ein eventuelles Impingement zwischen Radiusstyloid und Scaphoid geschlossen wurde. Gestützt auf die entsprechende Diagnose wurde in der Klinik H. ___ am 28. März 1995

eine diagnostische Handgelenks-Arthroskopie mit limitierter Radiusstyloidektomie und offener Denervation des Nervus interosseus posterior durchgeführt. Dabei zeigte sich bei guter Darstellung der Radiusfläche ein radial insgesamt unauffälliger Knorpel sowie eine ebenso glatte Knorpeloberfläche an Scaphoid und Lunatum; während eine Verletzung des Discus triangularis verneint wurde (TFCC [triangular fibrocartilage complex] intakt), fand sich im Bereich des Radiusstyloides etwas Synovitis (Operationsbericht von Dr. med. K. ___ vom 28. März 1995 [Urk. 17/ZM23 = 22/41]; vgl. auch Austrittsbericht von Dr. K. ___ und Dr. med. L. ___ vom 1. April 1995 [Urk. 17/ZM25 = 22/43]). Am 16. August 1995 angefertigte Röntgenaufnahmen (Handgelenk rechts in zwei Ebenen) zeigten einen Status nach STT-Arthrodese (konsolidiert) und einen Status nach limitierter Radiusstyloid-Resektion bei unverändertem Befund gegenüber den - als günstig beurteilten (Bericht von Dr. K. ___ vom 31. Mai 1995 [Urk. 17/ZM26 = 22/44]) - Voraufnahmen vom 31. Mai 1995 (Bericht von Dr. K. ___ vom 16. August 1995 [Urk. 17/ZM28 = 22/46]). Nachdem eine am 8. September 1995 in der Klinik H. ___ durchgeführte neurologische Untersuchung keine periphere Kompressions-Neuropathie gezeigt hatte (Bericht von PD Dr. med. M. ___ und Dr. med. N. ___ vom 8. September 1995 [Urk. 17/ZM29 = 22/47]), verneinte Dr. K. ___ im Bericht vom 18. September 1995 (Urk. 17/ZM30 = 22/48) eine wesentliche radiocarpale Arthrose (erhaltener Gelenkspalt; arthroskopisch "erstaunlich" gute carpale und radiale Gelenkoberfläche); lediglich im Bereich der Styloidspitze habe eine leichtgradige Synovitis bestanden (deretwegen eine limitierte Radius-Styloidektomie durchgeführt worden sei).

Z. ___-Kreisarzt Dr. B. ___ führte in seinem Untersuchungsbericht vom 6. Oktober 1995 (Urk. 17/ZM31 = 22/50) aus, es sei beim Ereignis vom 1. Januar 1990 zu einem Dorsalextensionstrauma am rechten Handgelenk gekommen; dies bei konstitutionell laxen Bandern (auf der Gegenseite habe ein Hyperlaxitätssyndrom festgestellt werden können). In der Folge sei von Dr. D. ___ eine scapholunäre Instabilität festgestellt und arthroskopisch bestätigt (sowie mittels inzwischen stabil durchbauter STT-Arthrodese behandelt) worden, ohne dass sich - nach der in der Klinik H. ___ zusätzlich unternommenen diagnostischen Handgelenksarthroskopie und therapeutischen limitierten Radiusstyloidektomie (mit gleichzeitig offener Denervation des Nervus interosseus posterior) - eine wesentliche Umgebungsarthrose radiologisch dokumentieren lasse (vgl. auch kreisärztlicher Untersuchungsbericht von Dr. med. O. ___ vom 12. Januar 1995 [Urk. 17/ZM21 = 22/36]).

Eine in der Klinik H. ___ am 17. Juni 1996 erfolgte neuerliche Röntgenuntersuchung (Handgelenk rechts in zwei Ebenen) ergab keine wesentliche Befundänderung im Vergleich zu den Voraufnahmen (Bericht von Dr. K. ___ vom 17. Juni 1996 [Urk. 22/72]; vgl. auch Krankengeschichtsauszüge vom 2. und 26. September 1996 [Urk. 17/ZM35 und 17/ZM36 Beilage]), wobei sich namentlich keine Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen radio-carpal vorfanden (vgl. Bericht von Dr. med. P. ___, FMH Chirurgie, speziell Handchirurgie, vom 18. September 1996 [Urk. 17/ZM36 = 17/ZM37 Beilage]).

Prof. Dr. med. Q. ___, FMH Chirurgie, welcher in seinem Gutachten vom 21. März 1997 (Urk. 17/ZM38) folgende Diagnosen stellte:

- Status nach SST-Arthrodese wegen scapho-lunärer Instabilität nach Distorsion des rechten Handgelenkes;

- Status nach partieller Styloidectomie des Radius und Denervation des Nervus interosseus posterior;

- persistierendes Narbenneurom auf der dorsalen Seite des rechten Handgelenkes mit Dystästhesien und Parästhesien über dem Metacarpale II bis zum Grundgelenk des Zeigefingers;

- beginnende inter- und radiocarpale Arthrose;

- funktionell: eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit der dominanten rechten Hand;

hielt in seiner Würdigung der bildgebenden Vorakten fest, dass auf den im Kreisspital C.____ erstellten ersten Röntgenaufnahmen des rechten Handgelenks vom 11. Juni 1991 nichts Pathologisches erkennbar sei, ausser vielleicht einer leichten Verbreiterung des Gelenkspaltes zwischen dem Naviculare (Scaphoid) und dem Multangulum majus (Trapezium); auch die Kontrollaufnahmen vom 17. März 1992 seien unauffällig. Auf den nach durchgeführter STT-Arthrodese am 15. Mai 1992 bei noch vorhandenen Spickdrühten angefertigten Kontrollbildern falle eine starke, teilweise fleckenförmige Osteoporose des ganzen Handskelettes auf; auf den nach Entfernung der Spickdrühte in regelmässigen Abständen hergestellten Kontrollbildern erkenne man, dass die Arthrodese durchbaut sei und dass sich die fleckenförmige Osteoporose fast vollständig zurückgebildet habe. Aus dem ab 19. Dezember 1994 in der Klinik H.____ angefertigten Röntgenmaterial ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte: In den Bildern vom 16. August 1995 fehle die Spitze des zuvor abgetragenen Processus styloideus des Radius; die letzten Aufnahmen vom 17. Juni 1996 seien im Wesentlichen unverändert, wobei einzig auffalle, dass der radio-carpale Gelenkspalt leicht verschmälert erscheine und sich am distalen Radius eine subchondrale Sklerosierung entwickelt habe, mithin Zeichen einer radio-carpalen Arthrose entstanden seien (bei allerdings noch regelmässigen Gelenklinien und ohne feststellbare Osteophyten). In seiner Beurteilung legte Prof. Dr. Q.____ dar, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis vom 1. Januar 1990 eine Distorsion des rechten Handgelenks zugezogen habe, worauf von Dr. D.____ eine als massiv bezeichnete scapho-lunäre Instabilität festgestellt und nach vorausgegangener Handgelenksarthroskopie mittels STT-Arthrodese (Arthrodese zwischen dem Scaphoid [Naviculare], dem Trapezium [Multangulum majus] und dem Trapezoid [Multangulum minus]) behandelt worden sei. Zwar habe die Verschmelzung der drei Knochen erreicht, jedoch dadurch keine Beschwerdefreiheit erzielt werden können, so dass später in der Klinik H.____ die anhaltenden Beschwerden ursächlich einerseits auf eine Hyperpathie im Bereich des Ramus superficialis des Nervus radialis (mit schmerzhaften Sensationen bei leichten Berührungen) und andererseits auf ein Impingement zwischen dem Radiusstyloid und dem STT-Block zurückgeführt worden seien, weshalb die Beschwerdeführerin einer Radius-Styloidectomie und Denervation des Nervus interosseus posterior unterzogen worden sei, welcher Eingriff allerdings nicht erfolgreich gewesen sei (wesentliche Schmerzverstärkung).

Die von den Verantwortlichen des Universitätsspitals R.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, im Zuge einer im März 1999 durchgeführten Funktionsorientierten Medizinischen Abklärung (FOMA) gestellten Diagnosen lauteten gemäss Bericht von Oberarzt Dr. med. S.____ vom 13. Juli 1999 (Urk. 17/ZM41) wie folgt:

Chronische Handschmerzen rechts

- neuropathische Komponente bei persistierendem Narbenneurom auf der dorsalen Seite des rechten Handgelenkes;
- beginnende Radiocarpalarthrose;
- Status nach SST-Arthrodese (23.3.1992) wegen scapho-lunären Instabilität nach Distorsion des rechten Handgelenkes (1.1.1990);
- Status nach Arthroskopie (1994) sowie Radius-Styleoidektomie und offener Denervation des Nervus interosseus posterior (28.3.1995).

Es wurde erklärt, die Beschwerdeführerin habe am 1. Januar 1990 eine Distorsion des rechten Handgelenks erlitten und leide nach verschiedenen operativen Eingriffen unter persistierenden Schmerzen, Hyperpathie sowie vegetativer Dysregulation radialseits; insbesondere die 1992 durchgeführte STT-Arthrodese habe zu einer Beschwerdeverstärkung mit deutlicher neuropathischer und mechanischer Komponente geführt, wobei nicht ausgeschlossen werden könne, dass bei den Folgeeingriffen im Zuge der Diagnostik durch ein zu grosses Areal der Anästhesie die Denervation vorschnell durchgeführt worden sei bei der Nervenblockade. Aktuell seien Schmerzen im Handgelenk und in der radialen Handwurzel zu gewärtigen, welche aus zwei Komponenten beständen: Erstens bestehe eine neuropathische Komponente mit lokalisierter Hyperpathie, Sensibilitätsstörungen und vegetativer Dystonie distal der STT-Operationsnarbe (entlang dem 2. Strahl bis zum Metacarpo-phalangeal-Gelenk II rechts; was zusätzlich durch einen Dehnungsschmerz zur Testung der neuromeningealen Verschieblichkeit im Bereich der rechten oberen Extremität gestützt werde); zweitens bestehe eine mechanische Komponente, welche zusammen mit den radiologischen Befunden auf eine Schädigung des Radiocarpal- und distalen Radioulnargelenkes hindeute (wobei zusätzlich eine gewisse Kapselschrumpfung eingetreten sein dürfte).

3.2.4.4. Obwohl im 'Arztzeugnis UVG' der Dres. F. ___ und G. ___ vom Kreisspital C. ___ vom 9. April 1992 (Urk. 17/ZM11 = 22/20) von einer "Luxation eines Handwurzelknochens" die Rede ist, ist anhand der übrigen medizinischen Akten ein vollständiger (Luxation) Kontaktverlust gelenkbildender Knochenenden im Bereich der betroffenen rechten Hand anlässlich des Vorfalls vom 1. Januar 1990 zu verneinen. Ausgehend von einer bloss unvollständigen (Sub-)Luxation fällt die überwiegend wahrscheinliche Annahme einer unfallähnlichen Karperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. b UVV ausser Betracht. Daran vermögen auch die verschiedentlich konstatierten Knorpelschädigungen nichts zu ändern.

Hingegen ist aufgrund der medizinischen Aktenlage eine unter Art. 9 Abs. 2 lit. g UVV fallende Bandläsion zu bejahen. Es ist unbestritten, dass beim Ereignis vom 1. Januar 1990 - ungeachtet der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung - eine Überdrehung beziehungsweise -dehnung des rechten Handgelenks stattgefunden hat. Bei dieser Distorsion ist es unbeschrieben der konstitutionell laxen Strukturen zu einer traumatischen Schädigung des scapholunären Bandapparates zwischen Kahn- und Mondbein gekommen. Die von Dr. D. ___ klinisch ausgemachte und arthroskopisch wie auch im Rahmen der STT-Operation bestätigte sowie in Zusammenhang mit dem Handgelenkstrauma gebrachte (zusätzliche Zerrung bzw. Dehnung bei vorbestandener Laxität) scapholunäre Dissoziation wurde Z. ___-kreislich wiederholt bejaht und weder von den Verantwortlichen der Klinik H. ___ noch im Rahmen der nachfolgenden, durch die Beschwerdeführerin (Prof. Dr. Q. ___) beziehungsweise die T. ___ (Dr. S. ___),

veranlassten Explorationen in Frage gestellt. Solchermassen ist die am 1. Januar 1990 zugezogene Handgelenksverletzung unter den weit gefassten Begriff der Bandläsionen zu subsumieren. Dass nach vorerst konservativem Therapieversuch (Ruhigstellung mittels Handgelenksschiene und Belastungseinschränkung; im Sinne einer temporären Arthrodese) keine Bandrevision erfolgte, sondern eine STT-Arthrodese mit Spongiosaplastik (STT-Block: Verschmelzung von Scaphoid, Trapezium und Trapezoid) zur Beseitigung der Instabilität vorgenommen wurde, heisst nicht, dass es beim Ereignis vom 1. Januar 1990 zu keinerlei Schädigung im Bereich des scapholunären Bandapparates gekommen wäre. Vielmehr lassen die Akten insgesamt darauf schliessen, dass der Vorfall vom 1. Januar 1990 einen nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführenden Bandschaden zur Folge hatte.

Damit erweist sich die grundsätzliche Bejahung des Leistungsanspruchs für das Ereignis vom 1. Januar 1990 jedenfalls im Ergebnis nicht als zweifellos unrichtig, wenngleich in der Verfügung vom 12. Februar 1998 (Urk. 17/Z83) ein anderweitig nur singulär erwähneter (vgl. Konsiliarbericht von PD Dr. M. ___ und Dr. N. ___ vom 8. September 1995 [Urk. 17/ZM29 = 22/47]) Sturz (auf die rechte Hand) unterstellt und mithin von einem Unfallereignis im eigentlichen Sinne ausgegangen worden war. Im Übrigen hatte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Abklärung und verwaltungsinternen Meinungsbildung - in Übereinstimmung mit dem Gros der medizinischen Akten und den weiteren Unterlagen (s. unten E. 3.3.2-3) - stets angenommen, die Beschwerdeführerin habe sich beim Sporttraining bei der Ausführung einer Rückwärtsrolle lediglich mit der (dorsalreflektierten) rechten Hand (massiv) auf dem Boden aufgestützt und dabei das Handgelenk überdreht (vgl. Instruktionsschreiben zuhanden von Prof. Dr. Q. ___ vom 20. Januar 1997 [Urk. 17/Z68]; vgl. später auch 'Zusammenfassung Schadenfall' vom 12. April 2000 [Urk. 17/Z154]).

E. 3.3

3.3.1.1. Würde man eine unfallähnliche Körpererschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV verneinen, fragt sich, wie es sich mit dem für die Erfüllung des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erforderlichen Kriterium der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung verhält. Im Sinne einer Eventualbegründung ist zu prüfen, ob sich die ursprüngliche Annahme eines Unfallereignisses im eigentlichen Sinne in der Verfügung vom 12. Februar 1998 (Urk. 17/Z83) nach dem damaligen Stand der Akten als qualifiziert unrichtig erweist.

3.3.2. Die Unfallbeschreibung in der 'Bagatellunfall-Meldung UVG' vom 11. April 1991 (Urk. 17/Z1 = 22/1) lautete wie folgt:

"Training, rückwärts gerollt, dabei Hand aufgestützt und überdehnt"

In der Meldung vom 25. September 1991 (Urk. 17/Z3 = 22/11) findet sich eine weitgehend gleichlautende Beschreibung, ausser dass von einer Überdrehung statt einer Überdehnung die Rede war. Das Gleiche gilt auch für die Meldung vom 31. März 1992 (Urk. 17/Z7 = 22/17). In der Meldung vom 8. Dezember 1994 (Urk. 13/Z12 = 22/31) wurde unter der Rubrik 'Unfallbeschreibung' dann lediglich ein "Rückfall" erwähnt. Allen Meldungen gemein ist die Angabe eines Trainingsraums in '___' als Unfallort sowie die Bezeichnung der rechten Hand als von der Verletzung betroffener Körperteil.

Im April 1991 äusserte sich die Beschwerdeführerin zum Geschehen wie folgt (als "[g]elezen und bestätigt" unterzeichneter Z. ___-Inspektorenbericht vom 23. April 1991

[Urk. 17/ZM1 Beilage = 21/13 = 22/4]:

"Im Januar 1990 [...] hat sich folgendes zugetragen:

Ich machte beim Training (Selbstverteidigung) in einem Sportraum in '___' [...] einen **Ä-PurzelbaumÄ** rÄ¼ckwÄ¼rts. MissglÄ¼cke. Ich habe vermutlich das re Handgelenk stark Ä¼berdehnt. Seither habe ich auch starke Beschwerden im re Handgelenk. Deshalb suchte ich ebenfalls den Arzt auf."

3.3.3Ä Ä Dr. A. ___ berichtete zuhänden der Z. ___ am 3. April 1991 (Urk. 17/ZM1 Beilage = 21/12 = 22/2):

"Als zweites Problem wird folgendes angegeben: Im Januar 90 beim Kampfsport mit RÄ¼ckwÄ¼rtsrollen kam es zu einer Verletzung des rechten Handgelenks. Aerztlicher Rat wurde nicht in Anspruch genommen. [...]"

In seinem Äberweisungsschreiben zuhänden von Dr. D. ___ vom 8. Mai 1991 (Urk. 17/ZM2 = 21/17 = 22/6) beschrieb Dr. A. ___ den von der BeschwerdefÄ¼hrerin berichteten Ereignishergang folgendermassen:

"Sie erlitt im Januar 90 beim Kampfsport rÄ¼ckwÄ¼rtsrollend eine Verletzung des Handgelenks (Ueberdrehung beim AufstÄ¼tzen). Der Unfall wurde erst bei meiner Konsultation vom 23.3.91 gemeldet. [...]"

Seitens der involvierten Z. ___-KreisÄrzte wurde davon ausgegangen, dass sich die BeschwerdefÄ¼hrerin bei einer RÄ¼ckwÄ¼rtsrolle beim Training mit der rechten Hand abgestÄ¼tzt habe, wobei es zu einem Dorsalextensionstrauma am rechten Handgelenk gekommen sei (Berichte von Dr. O. ___ vom 12. Januar 1995 [Urk. 17/ZM21 = 22/36] und von Dr. B. ___ vom 6. Oktober 1995 [Urk. 17/ZM31 = 22/50]; vgl. auch Bericht von Dr. B. ___ vom 23. April 1991 [Urk. 17/ZM1 {fragmentarisch} = 21/14 = 22/5]).

Dr. D. ___ ging im Bericht vom 11. Juni 1991 (Urk. 17/ZM4 = 22/7) anamnestisch davon aus, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin bei der kampfsportlichen BetÄ¼tigung eine RÄ¼ckwÄ¼rtsrolle ausgefÄ¼hrt und sich dabei mit der dorsalflektierten rechten Hand massiv auf dem Boden abgestÄ¼tzt habe, was einen plÄ¼tzlichen Handgelenksschmerz ausgelÄ¼st und eine binnen einiger Tagen wieder verschwundene Schwellung am Handgelenk bewirkt habe.

Dr. P. ___ umschrieb das Ereignis vom 1. Januar 1990 anhand der bei der Untersuchung vom 17. September 1996 erhobenen Anamneseangaben dahingehend, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin anÄsslich eines RÄ¼ckwÄ¼rts-Purzelbaumes ein Hyperextensionstrauma des rechten Handgelenks mit anschliessender Schwellung und zirka 3-wÄ¼chigen Schmerzen erlitten habe, wobei vorerst kein Arzt aufgesucht worden sei (Bericht vom 18. September 1996 [Urk. 17/ZM36 = 17/ZM37 Beilage]).

Von den Verantwortlichen der Klinik H. ___ wurde Äber ein im Januar 1990 erlittenes, ablaufmÄssig nicht nÄher spezifiziertes Distorsionstrauma berichtet (Bericht der Dres. I. ___ und J. ___ vom 19. Dezember 1994 [Urk. 17/ZM19 = 22/34]; vgl. Berichte der Dres. K. ___ und L. ___ vom 28. MÄrz 1995 [Urk. 17/ZM23 = 22/41], 1. April 1995 [Urk. 17/ZM25 = 22/43], 31. Mai 1995 [Urk. 17/ZM26 = 22/44], 16. August 1995 [Urk. 17/ZM28 = 22/46] und 18. September 1995 [Urk. 17/ZM30 = 22/48]). Der von PD Dr. M. ___ und Dr. N. ___ im Bericht vom 8. September 1995 (Urk. 17/ZM29 = 22/47) angenommene Sturz wurde weder ablaufmÄssig nÄher erlÄutert noch wurde Aufschluss Äber die

Herkunft der diesbezüglichen Information gegeben.

Prof. Dr. Q. ___ fasste den Unfallhergang gestützt auf eine am 7. März 1997 durchgeführte Untersuchung und Besprechung mit der Beschwerdeführerin summarisch und ohne Hinweis auf irgendwelche Besonderheiten zum Bewegungsablauf wie folgt zusammen: Die Beschwerdeführerin habe sich im Januar 1990 beim Kampfsport-Training eine Distorsion des rechten Handgelenks zugezogen (Gutachten vom 21. März 1997 [Urk. 17/ZM38]).

3.3.4.4 Die damalige Aktenlage spricht mehrheitlich für ein Auf- respektive Abstutzen mit der rechten Hand bei der Ausführung einer Rückwärtsrolle anlässlich des Ninjutsu-Trainings. Woraus PD Dr. M. ___ und Dr. N. ___ die in ihrem Bericht vom 8. September 1995 (Urk. 17/ZM29 = 22/47) enthaltene Anamneseangabe schätzten, 1992 sei "nach einem Sturz" eine STT-Arthrodeuse durchgeführt worden, ist nicht nachvollziehbar. Ein solches Verändnis des Ereignisablaufs findet - wie erwähnt (s. oben E. 3.2.4) - keine anderweitige aktenmässige Stütze. Auch dass die Beschwerdeführerin - wie nunmehr beschwerdeweise geltend gemacht (vgl. noch Angaben in der Beschwerde vom 21. September 2007 [Urk. 5/1 = 17/EZ1, insbes. S. 4 f. Ziff. II.10]; vgl. auch Einsprache vom 18. August 2009 [Urk. 3/7 = 13/Z210]) - bei der Ausführung der Rückwärtsrolle (aus dem Stand heraus) ausgeglitten sein soll, entbehrt im Lichte der bei Erlass der ursprünglichen Verfügung (12. Februar 1998) vorhandenen Akten jeder Grundlage. Noch in dem am 1. März 1998 - mithin nur kurze Zeit nach Verfügungserlass - zuhanden der U. ___ beziehungsweise der Y. ___ AG erstatteten Formular 'Unfallaufnahme' hatte die Beschwerdeführerin nur angegeben, sie habe sich in einem Übungsraum in Döbendorf beim Ninjutsu-Kampfsport bei einer Rückwärtsrolle mit der rechten Hand am Boden abgestürzt und sich dabei verletzt (wobei sie die Art der Verletzung sie als "Bandriss + Knochenwandverletzung" ["meines Wissens"] bezeichnete; Urk. 17/Z126 = 22/79 Beilage); von einem Ausgleiten, Stolpern oder einer vergleichbaren Programmwidrigkeit war auch hier keine Rede. Und auch Dr. S. ___ fasste in seiner Expertise vom 13. Juli 1999 (Urk. 17/ZM41) die Aktenlage dahingehend zusammen, dass die Beschwerdeführerin sich im Januar 1990 im Rahmen einer Rückwärtsrolle bei der Ausübung einer Kampfsportart im Bereich des rechten Handgelenks eine persistierende Beschwerden bereitende Verletzung zugezogen habe, für die jedoch erst nach einem Jahr ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden sei; in seiner Zusammenfassung der subjektiven Anamnesenangaben:

"Am 1.1.1990 Erleiden eines Sportunfalles bei einer Rückwärtsrolle bei der Ausübung einer Kampfsportart mit Auftreten von sofortigen Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes und der Handwurzel sowie wechselnd starke Schwellung im Handgelenksbereich. Nach einigen Wochen gewisse Besserung, wobei im folgenden Winter eine plötzliche Steifigkeit und Schmerzen im Bereich des Handgelenks aufgetreten seien ohne zusätzliche auslösende Faktoren. [...]",

deutete nichts auf eine von der Beschwerdeführerin anlässlich der FOMA vom 29./30. März 1999 erwähnte Besonderheit wie einen Sturz, ein Ausgleiten oder dergleichen hin.

3.3.5.4 Selbst bei Verneinung besonderer Vorkommnisse (Zusatzgeschehen wie Sturz, Ausgleiten o.Ä.) lässt sich nun aber nicht ohne Weiteres sagen, die vormalige Anerkennung der Leistungspflicht durch Bejahung eines Unfalles im Rechtssinne sei zweifellos falsch gewesen. Denn dass - aufgrund der seinerzeitigen Aktenlage - kein

vernünftiger Zweifel daran möglich wäre, dass die Verfügung unrichtig war, mithin nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar ist, trifft alles in allem nicht zu. Das Abfangen des Körpergewichts bei der Ausführung einer Rückwärtsrolle beim Ninjutsu-Training mit den Händen birgt ein gesteigertes Gefährdungspotential für die betroffenen Gelenke. Als Fallschule, Falltechnik und - in japanischen Kampf-Disziplinen - Ukemi werden verschiedene Arten des Fallens bezeichnet, bei denen die fallende Person möglichst wenig Schaden nimmt; die Fallschule ist ein wichtiger Bestandteil vieler Kampfsportarten und Kampfkünste (wie z.B. der Budo-Disziplinen Judo, Jiu Jitsu, und Aikido oder bspw. dem Wrestling), deren Einübung darauf abzielt, einen sicheren und kontrollierten Übergang vom Stand zum Boden (und ggf. direkt wieder in den Stand) zu gewährleisten, um unverletzt und kampffähig zu bleiben (vgl. Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Fallschule>). Wenngleich ein häufiger Anfängerfehler das Abstützen der Arme während des Falls ist (eine Reflexreaktion, die unbedingt vermieden werden muss, da sie zu recht schweren Bänder- und Knochenverletzungen in Arm und Schulter führen kann; vgl. Wikipedia, a.a.O.) und die Beschwerdeführerin zugestandenermassen eine Anfängerin war, sind die individuellen Fähigkeiten der versicherten Person indessen praxisgemäss kein massgebendes Kriterium für die - sich nach objektiven Gesichtspunkten richtende - Bejahung oder Verneinung der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung (Urteil des BGer 8C_141 vom 2. Juli 2009 E. 7.2, mit Hinweisen). Demnach liesse sich durchaus auch der Standpunkt vertreten, dass die "missglückte" Ausführung durch die Beschwerdeführerin (mit unsachgemässen und potentiell verletzungsträchtigen Abstützen auf die rechte Hand) ausserhalb der gewöhnlichen Bandbreite der üblichen sportlichen Bewegungsmuster falle und nicht bloss eine geringfügige und als solche unbeachtliche Abweichung vom optimalen Verlauf der Übung darstelle. Die Qualifikation des (tunlichst zu vermeidenden) Abstützens auf die rechte Hand (mit entsprechender - massiver - Gelenkbelastung) als programmwidrig respektive sinnlos und infolgedessen die Bejahung der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung liegt jedenfalls nicht derart ausserhalb des rechtlich noch Vertretbaren, dass von einer zweifellosen Unrichtigkeit gesprochen werden könnte. Mag die heutige striktere Betrachtungsweise der Beschwerdegegnerin auch zutreffender erscheinen, stellt sie nach dem Gesagten doch gleichsam eine für ein wiedererwägungswürdiges Zurückkommen auf die ursprüngliche Beurteilung nicht genügende Neubeurteilung der Anspruchsvoraussetzungen dar.

3.4. Abschliessend ist - im Sinne einer Subeventualbegründung - darauf hinzuweisen, dass sich unter den vorliegenden Begebenheiten nach Treu und Glauben ausnahmsweise eine Umkehr der Beweislast bezüglich der Umstände des Unfallgeschehens rechtfertigen würde.

Die Beschwerdegegnerin ist ohne Weiteres der auf ein versichertes Ereignis schliessenden Betrachtungsweise der Z.____ gefolgt, wobei ihr die Unfallmeldungen und weiteren Hergangsschilderungen ebenso vorlagen wie die einschlägigen medizinischen Akten. Im August 1999 nahm sie zudem Kenntnis vom Formular 'Unfallherhebung' zuhanden der U.____ beziehungsweise der Y.____ AG vom 1. März 1998 (Urk. 17/Z126 = 22/79 Beilage), worin die Beschwerdeführerin als Augenzeugen nicht näher identifizierte Trainingskollegen bezeichnete und bereits darauf hinwies, dass sich diese (wohl) nicht

mehr an den Vorfall erinnern würden, da dieser Jahre zurückliege und der Kontakt danach abgebrochen sei. Will sich der Unfallversicherer - wie vorliegend - Jahre nach dem angemeldeten Schadenereignis darauf berufen, dass sich kein leistungsbegleitender Vorfall zugetragen habe, ohne dass er vorher die Einzelheiten bei der versicherten Person detailliert nachgefragt, geschweige denn diese zur Substantiierung etwaiger besonderer Vorkommnisse (Zusatzgeschehen wie Sturz, Ausgleiten o.Ä.) aufgefordert hat oder dem in Bezug auf bestimmte sportliche Betätigungen Normalüblichen konkret nachgegangen ist, können die damit einhergehenden Beweisrisiken nicht leichthin der versicherten Person überbunden bleiben, wobei es im Falle einer ohne Weiterungen erfolgten Wiedererwägung nicht Sache des beschwerdeweise angerufenen Gerichts sein kann, unterlassene Zusatzerhebungen vorzunehmen und mutmasslich unergiebigere Beweismassnahmen vorzukehren.

E. 4

4.1. Zusammengefasst führt dies zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde und Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 6. Mai 2010 mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. Januar 1990 hat. Im Übrigen (d.h. hinsichtlich der beantragten Rentenerhöhung mit Wirkung per 1. September 2007) ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

4.2. Das Beschwerdeverfahren in Angelegenheiten der Unfallversicherung ist kostenlos (Art. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG und § 33 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

4.3. Entsprechend dem Prozessausgang ist die Beschwerdegegnerin zur Bezahlung einer angemessenen, ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens festzusetzenden (reduzierten) Prozessentschädigung in Höhe von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer [MWSt]) an die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin zu verpflichten (Art. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG, § 34 GSVGer und § 7 f. der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]). Bei der Entschädigungsfestsetzung fällt massgeblich ins Gewicht, dass sich der Rechtsvertreter bei der Beschwerdeausarbeitung wesentlich an seinen Instruktionen und Vorarbeiten in dem mit Fr. 2'000.-- entschädigten sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nr. '___' orientieren konnte.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Mai 2010 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. Januar 1990 hat.

Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Bernhard Peter
- Zürich Versicherungsgesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

5. 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 dem 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.