

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00037 vom 30. Juli 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-07-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00037 du 30 juillet 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00037 del 30 luglio 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Das unmittelbar nach dem Unfall im Spital Uster am 20. Juni 2007 erstellte Schädel-Computertomogramm (CT) ergab ebenso wenig wie die zwei Tage später erfolgte Kontrolluntersuchung oder die im Spital A. durchgeführten CT-Abklärungen vom 30. Juni 2007 eine intrazerebrale Blutung oder Läsion, eine Schädelkalottenfraktur oder eine ossäre Läsion im Bereich der HWS. Wie bereits im Spital Uster beschrieben sich die Schädel-Befunde vom 30. Juni 2007 auf eine leicht eingedrückte Nasenbeinfraktur paramedian links und auf ein grosses Galeahämatom links, das auch am 5. Juli 2007 noch unverändert vorhanden war. Von der anfänglich beschriebenen Sprengung der Sutura fronto-zygomatice links ist im Bericht des Stadtspitals Triemli nicht mehr die Rede. Im übrigen ergaben die aufgrund des Sturzereignisses vom 30. Juni 2007 erstellten Röntgenbilder von Schulter, Becken und Hüfte links sowie das CT der Halswirbelsäule keine frischen ossären Läsionen (Urk. 14/11, 14/13 S. 2).

3.2. Gemäss Austrittsbericht vom 31. September 2007 zeigte das in der Rehaklinik B. am 31. Juli 2007 durchgeführte MRI des Schädels eine altersentsprechende Darstellung des Hirnparenchyms ohne Hinweise auf eine intracerebrale Läsion und ohne Nachweis von frischen ischämischen Läsionen beim bekannten Galeahämatom links fronto-parietal. Das MRI der Halswirbelsäule ergab eine regelrechte Darstellung des Myelons und trotz leichten, die Beschwerden des Versicherten allerdings nicht erklärenden degenerativen Veränderungen in den Segmenten HWK2 bis HWK5 mit leichtem Wasserverlust der Bandscheiben keinen Hinweis für einen umschriebenen Bandscheibenprolaps oder für eine Einengung des Spinalkanals. Bei der zur Beurteilung der zentralen motorischen Leitung in Gehirn und Rückenmark durchgeführten Magnetstimulation habe sich eine Seitendifferenz zu Ungunsten von links ergeben. Diese deute jedoch nicht auf eine differentialdiagnostisch in Betracht fallende Pyramidenbahnläsion hin, sondern erkläre sich durch eine - beispielsweise durch eine dissoziative Störung bedingte - Minderinnervation der linken Körperperipherie. Da das MRI von Kopf und Halswirbelsäule ebenfalls ohne Befund geblieben sei, bestehe kein Anhalt für eine Läsion im Bereich des Zentralnervensystems. Im übrigen ist dem Austrittsbericht der Rehaklinik B. zu entnehmen, dass auf der körperlichen Ebene von Beginn weg ein kaum beeinflussbares Schmerzsyndrom mit fluktuierenden Kopfschmerzen rechtsbetont und bewegungsabhängigen Schmerzen in den linken Extremitäten imponierten und die Kooperation des Beschwerdeführers wechselhaft war; bei den Versuchen, seine Extremitäten links passiv zu bewegen, sei sein Gesicht schmerzverzerrt gewesen. Bei der Untersuchung der mentalen Funktionen sei die Kooperation mässig gut und die Grundstimmung wechselnd euphorisch bis betrübt und weinend gewesen.

Hinweise für ein Wahnerleben oder Halluzinationen hätten sich nicht ergeben, ebenso wenig sichere Anzeichen für eine Störung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Kontrollfunktionen. Ein Hemineglect finde sich nicht.

Im Bericht über das in der Rehaklinik durchgeführte psychiatrische Konsilium werden ein kaum beeinflussbares Schmerzsyndrom mit fluktuierenden Kopfschmerzen rechtsbetont und bewegungsabhängigen Schmerzen in den linken Extremitäten, eine armbetonte Hemiparese links, für die sich kein neurologisches Korrelat finde und die als psychogen/dissoziativ beurteilt werden müsse, angeführt. Die auf der psychischen Ebene zwei Wochen nach dem Unfall aufgetretene Symptomatik - szenische und akustische Flashbacks, Albträume, Vermeidungsverhalten gegenüber Baustellen und erhebliche affektive Irritabilität mit raschen Stimmungswechseln - betrachteten die Psychiater als akute Belastungsreaktion; doch spreche der weitere Verlauf mit noch anhaltender, aber insgesamt eher in den Hintergrund getretenen spezifischen psychotraumatologischer Symptomatik für eine posttraumatische Belastungsstörung. Das psychische Zustandsbild sei zunehmend von einer instabilen Affektlage, einer gewissen Distanzlosigkeit und niederen Hemmschwelle gegenüber fremden Personen und gereizt-verbal-aggressiven Reaktionen geprägt worden. Der Versicherte habe die anfängliche antidepressive Medikation verweigert und schliesslich, als sich ein bipolar-affektives Zustandsbild zu manifestieren begonnen habe, jegliche psychiatrische Behandlung und Medikation abgelehnt. Es sei zu vermuten, dass er sich möglicherweise schon seit Jahren in einer höchst schwierigen sozialen Situation befinde, stehe doch eine weitere Aufenthaltsbewilligung aus und habe der Versicherte wegen einer Auseinandersetzung seinen bisherigen Wohnsitz aufgeben müssen (Urk. 14/29/1).

3.3 In der psychiatrischen Klinik C.____ wurde laut Bericht vom 6. Dezember 2007 eine posttraumatische Belastungsstörung mit Mindergebrauch der linken Extremitäten (ICD-10 F.43.1) diagnostiziert; eigentliche Hinweise auf eine bipolar affektive Störung hätten sich nicht ergeben. Auffallend sei eine leichte Affektlabilität gewesen, die insbesondere dann zutage trete, wenn der Versicherte auf den Arbeitsunfall zu sprechen komme und dabei häufig in Tränen ausbreche (Urk. 14/35).

3.4 Die nach einem weiteren Sturz am 26. März 2008 erfolgte Abklärung in der Neurologischen Klinik des Spitals E.____ ergab als Hauptdiagnose bei einer ätiologisch wahrscheinlichen posttraumatischen Belastungsstörung einen hochgradigen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung bei progredientem sensomotorischem Hemisyndrom links, bei anamnestisch im Verlauf auch kognitiven Defiziten beim Lesen und in der Konzentration, mit aktuell normalem MRI, EEG und SEP und ohne klinisch objektivierbare fokale-neurologische Defizite. Das mit einer Latenz von zehn Tagen nach dem Arbeitsunfall aufgetretene und im Verlauf progrediente, mit einem subjektiven sensomotorischen Hemisyndrom links verbundene Schmerzsyndrom könne auch nach den erneuten ausgedehnten Untersuchungen keinem neurologischen Korrelat zugeordnet werden. In der klinischen Untersuchung, die sich zum Teil wegen fehlender Compliance beziehungsweise heftiger funktioneller Reaktionen bei der Untersuchung der linken Körperseite - Zittern am ganzen Körper, Kopfdrehung nach rechts hinten, heftigsten rechtseitigen Kopfschmerzen - schwierig gestaltet habe, hätten keine objektivierbaren fokale-neurologischen Defizite nachgewiesen werden können. Es hätten sich auch deutliche Diskrepanzen zwischen der Einzelmuskelprüfung und der dennoch bestehenden Fähigkeit selbstständig zu gehen ergeben. In der MRI-Untersuchung, die wegen

Malcompliance nur zum Teil durchführbar gewesen sei, seien keine Hinweise auf eine zerebrale Läsion erkennbar gewesen. In der EEG-Untersuchung habe eine typische Reaktion des Patienten mitbeobachtet und aufgezeichnet werden können mit gleichzeitig durchwegs normalem Alpha-EEG, weshalb eine epileptische Ursache der motorischen Reaktionen auszuschliessen sei. Eine Prüfung der Pyramidenbahnfunktion habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Die somatosensorisch evozierten Potentiale seien normal, weshalb die subjektive links-hemikorporelle Sensibilitätsstörung nicht objektiviert werden könne. Auch in der neuropsychologischen Untersuchung, die durch Fremdsprachigkeit und zeitweise mangelnde Kooperation erschwert gewesen sei, hätten sich keine Hinweise auf fokale Defizite ergeben. Die Genese der Symptomatik sei funktioneller Art, weshalb eine eingehende psychiatrische Begleitung zu empfehlen sei (Urk. 14/65).

3.5. Gemäss Bericht vom 12. September 2008 (Urk. 14/89) konnte in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des Spitals E. ___ ein normales peripheres Hörvermögen links erhoben und damit die ursprünglich von Dr. med. L. ___, Facharzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und Konsiliararzt der Rehaklinik B. ___, aufgrund unklarer Angaben in der Reintonaudiometrie gestellten Diagnose, eine Taubheit links und ein leicht reduziertes Gehör rechts, widerlegt werden - dies aufgrund einer während der Konsultation im Spital E. ___ durchgeführten Messung der otoakustischen Emissionen (Bericht vom 15. Oktober 2007; Urk. 14/29 S. 3, 7; Urk. 14/115).

3.6. Im Bericht vom 30. September 2009 (Urk. 14/91) hielt die Psychotherapeutin G. ___, die den Beschwerdeführer seit dem 16. Juni 2008 behandelte, fest, dieser leide seit dem Arbeitsunfall an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) mit Mindergebrauch und Lähmungsgefühl der linken Extremitäten. Insofern könne sie die bisherigen psychiatrischen Diagnosen bestätigen. Die Körpersymptome und Zustände verminderter Ansprechbarkeit seien vereinbar mit einer dissoziativen Störung (ICD-10: F.44). Im Zeugnis vom 31. August 2008 wiederholte sie die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, ergänzte sie aber mit dem Hinweis auf eine Konversionssymptomatik (Urk. 3/17).

3.7. Die Neurologin Dr. I. ___ stellte in ihrem Untersuchungsbericht vom 25. November 2009 zuhanden des Hausarztes unter Bezugnahme auf die bisherigen Abklärungsergebnisse die Diagnosen Somatisierungsstörung bei Status nach Arbeitsunfall 06/07 mit Commotio cerebri und Verdacht auf depressive Episode. Bezüglich des damals geltend gemachten Schwindels verwies sie auf das Fehlen eines pathologischen Nystagmus, bezüglich des armbetonten sensomotorischen Hemisyndroms links auf die symmetrischen Muskeleigenreflexe und den beidseits negativen Babinski. Die Hirnnerven hätten wegen des Schwindels kaum geprüft werden können. Koordination und Sensibilität seien ebenfalls nicht schlüssig beurteilbar (Urk. 14/265).

3.8. In der Untersuchung vom 3. Juni 2010 machte der Beschwerdeführer laut Bericht von Kreisarzt Dr. J. ___ geltend, seine linke Körperhälfte, insbesondere den linken Arm, nur schlecht oder überhaupt nicht einsetzen zu können und nur für einige hundert Meter gehfähig zu sein. Bei den häufigen und zunehmenden Beschwerden in der rechten Kopfhälfte werde er aggressiv. Er brauche viele Medikamente, schlafe schlecht und sei vor allem morgens lichtempfindlich. Für die alltäglichen Verrichtungen und die Körperpflege könne er nur noch die rechte Hand einsetzen.

Dr. J. ___ wies darauf hin, dass unmittelbar nach dem Unfall nur eine Commotio cerebri diagnostiziert worden und weder eine Schädelfraktur noch eine intrazerebrale Blutung vorhanden gewesen sei. Lediglich das Nasenbein sei gebrochen und die Sutura frontozygomata geringfügig gesprengt gewesen. Die subjektive Gefühlsstörung links habe sich zu einer proximal betonten Pseudohemiparese links ausgeweitet. Linksseitig sei die Muskulatur nicht hypertont, die demonstrierten Kontrakturen - so beispielsweise des Ellbogens oder des linken Schultergelenks - würden nicht konsequent durchgehalten, wie es bei Organisationsstörungen obligat wäre. Würde die in der Untersuchung gezeigte Unbeweglichkeit der linken Schulter der Realität entsprechen, würde dies zu einer Mazeration der Axilla mit einem entsprechenden Faktor führen. Die beim Versicherten festgestellte Tendenz zur Hyperventilation erkläre die anamnestisch geschilderten Krampfanfälle. Die kardinale Problematik sei eine psychische und müsse von dieser Seite eingeschätzt werden. Therapeutisch bestünden auf somatischer Ebene keine valablen Optionen mehr. Die seit drei Jahren einmal wöchentlich durchgeführte Physiotherapie könne eingestellt werden (Urk. 14/252-254).

3.9. SUVA-Augenarzt Dr. K. ___ hielt am 30. Januar 2009 fest, dass im Anschluss an die Commotio cerebri eine Photophobie, eine konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung und eine Akkomodationsschwäche aufgetreten seien. Diese und pathologische Gesichtsfeldbefunde seien bei einem morphologisch normalen Augenstatus beidseits erst nach mehr als einem Jahr nach dem Unfall erhoben worden, obwohl Akkomodationsprobleme nach einem Trauma in der Regel innerhalb eines halben Jahres besserten (Urk. 14/119). Nach Eingang der Resultate der von Dr. K. ___ angeordneten Abklärung in der Augenklinik des Spitals E. ___ vom 7. Oktober 2009 und 18. Februar 2010 (Urk. 14/186, 14/226) bezeichnete er am 2. Juli 2010 im Einklang mit der Beurteilung von Dr. F. ___ im Bericht vom 5. November 2008 (Urk. 14/101) die Hyperopie [Weitsichtigkeit] als nicht unfallbedingt, die regrediente Akkomodationsschwäche und Photophobie jedoch als unfallbedingt beziehungsweise als aktuell noch unfallbedingt (Urk. 14/259).

E. 4

4.1. Bei dieser klaren und widerspruchsfreien Aktenlage erörtern sich weitere Abklärungen zur Organisationsstörung und Ursache der Beschwerden. Als einzige der geklagten Beschwerden erweisen sich die Akkomodationsschwäche und die Photophobie, die als regredient bezeichnet wurden, als mit dem erlittenen Schädelhirntrauma vereinbar. Ob dies auch für die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung zutrifft, kann den augenärztlichen Akten nicht entnommen werden. Immerhin bildete sich auch diese zurück; während die Gesichtsfeldeinschränkung im Bericht der Augenklinik des Spitals E. ___ vom 7. Oktober 2009 noch als nicht altersentsprechend bezeichnet worden war (Urk. 14/186), ergaben sich bei der Abklärung vom 18. Februar 2010 intakte Aussengrenzen des konfrontatorischen Gesichtsfeldes und bei der Goldmann-Perimetrie wurde nur noch eine leichte konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung festgestellt (Urk. 14/226). Der morphologisch normale Augenstatus spricht jedenfalls gegen ein organisches Korrelat sämtlicher Sehstörungen. Namentlich bezüglich der beidseitigen konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung hatte Dr. F. ___ im Bericht vom 5. November 2008 in erster Linie eine neuropsychologische Überlagerung angenommen und sie nur möglicherweise mit dem Trauma in Zusammenhang gebracht (Urk. 14/101).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit der Beschwerdeführer unter Berufung auf die in den Medizinischen Mitteilungen der SUVA 2007 Nr. 7 enthaltene Publikation von Maja Steinlin und Luca Remonda, Bildgebung bei der leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI), geltend macht, die Frage der Organizität seiner Beschwerden sei ungenügend abgeklärt worden (Urk. 1 S. 8), so geht aus dieser Publikation lediglich hervor, dass die dargestellten Methoden moderner Bildgebung wie das Diffusion tensor imaging (DT) oder die MR Spektroskopie vor allem in einer frühen Phase für die Erhebung abnormer Befunde und für die Langzeitprognose von Bedeutung sein können, an der vorrangigen Bedeutung der CT-Untersuchung bei akuten traumatischen Hirnverletzungen aber nichts ändern. Es wird sogar darauf hingewiesen, dass die Auswertung der modernen Modalitäten aufwändig und weder automatisiert noch standardisiert sei und die Validierung ihrer Rolle bei der Prognose noch fehle. Folglich handelt es sich bei den beschriebenen bildgebenden Untersuchungen nicht um wissenschaftlich anerkannte Methoden, weshalb allenfalls daraus resultierende Befunde nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung von vornherein keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage bilden könnten (BGE 134 V 231 E. 5.1). Die in der erwähnten Publikation angeführten modernen bildgebenden Verfahren waren somit keineswegs geboten, um die Organizität der Beschwerden des Versicherten abzuklären. Dementsprechend stellt der Verzicht auf derartige Abklärungsmethoden die vorhandenen Befunde und Diagnosen nicht in Frage.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch angesichts den in der Beschwerde angeführten Umstands, dass sowohl das im Spital A. auf den 11. Juli 2007 geplante Schädel-MRI wegen Klaustrophobie überhaupt nicht und die MRI-Untersuchung in der Neurologischen Klinik des Spitals E. am 28. März 2008 nur teilweise möglich war (Urk. 1, S. 7 f.), sind keine weiteren Abklärungen mehr erforderlich. Bei der unvollständigen MRI-Untersuchung im Spital E. konnten immerhin eine Raumforderung und ein Hydrocephalus ausgeschlossen werden und die Differenzierung zwischen grauer und weisser Substanz konnte als regelrecht beurteilt werden; auch Blutabbauprodukte waren nicht erkennbar (Urk. 14/65/3). Am 31. Juli 2007 hatte in der Rehaklinik B. sogar ein vollständiges Schädel-MRI durchgeführt werden können, und dieses hatte bis auf das damals noch vorhanden gewesene Galeahämatom links frontoparietal keine Auffälligkeiten ergeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abgesehen von diesen eindeutigen Abklärungsergebnissen spricht aber auch der Verlauf gegen eine hirnorganische Schädigung, indem sich die anfängliche subjektive Gefühlsstörung links zu einer proximal betonten Pseudohemiparese links entwickelte. Auch die von den Ärzten angeführten Diskrepanzen zwischen den gezeigten Schmerzen und Lähmungserscheinungen und den objektiven Befunden beziehungsweise zwischen der Einzelmuskelprüfung und der dennoch bestehenden Fähigkeit, selbständig zu gehen, sprechen nicht für eine hirnorganische Verletzungsfolge wie intracerebrale Läsion, fokale neurologische Defizite oder Pyramidenbahnläsion. Zudem fehlen eine linksseitige Hypertonizität der Muskeln und anderweitige Konsequenzen einer organisch bedingten Lähmung. Angesichts dieser eindeutigen bildgebenden und klinischen Abklärungsergebnisse war auch von der in der Beschwerde postulierten Kopfschmerzabklärung (Urk. 1 S. 8) zur Organizität der Beschwerden kein weiterer Aufschluss mehr zu erwarten. Bei dieser Beweislage erweist sich der Vorwurf, dass die Abklärungspersonen aufgrund der mangelhaften Kooperation und des aggressiven Verhaltens des Beschwerdeführers diesem gegenüber eine

negative Haltung eingenommen und deshalb auf die erforderlichen Abklärungen verzichtet hätten (Urk. 1 S. 6), als haltlos.

4.2. Die vorhandenen Schmerzen und Beeinträchtigungen entsprechen in ihrer Gesamtheit indes auch nicht dem für ein Schädelhirntrauma typischen, organisch nicht fassbaren Beschwerdebild. Wohl waren rechtsseitige Kopfschmerzen anfänglich stetig und im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung immerhin noch häufig vorhanden (Urk. 14/254). Auch erweisen sich die Akkomodationsschwäche und die Photophobie aufgrund der getätigten augenärztlichen Abklärungen offenbar als mit dem erlittenen Schädelhirntrauma vereinbar, und das nach dem Unfall zutage getretene aggressive Verhalten wirft entsprechend den Vorbringen in der Beschwerde (Urk. 1 S. 8) die Frage nach einer dafür typischen Wesensveränderung auf. Die bereits von den psychiatrischen Fachärzten der Rehaklinik B. gestellte Grunddiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die nicht nur die linksseitige Hemiparese, sondern auch die Kopfschmerzen erklärt, wurde indes von keinem Psychiater und auch nicht von der behandelnden Psychotherapeutin in Zweifel gezogen, sondern im Gegenteil durchwegs bestätigt oder durch die Diagnose einer Somatisierungsstörung ergänzt. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass Anhaltspunkte für eine das Schädel-Hirn-Trauma typische Wesensveränderung von Anfang an fehlten und das Beschwerdebild schon nach kurzer Zeit von der linksseitigen Hemiparese beziehungsweise der dieser zugrunde liegenden psychischen Störung dominiert wurde. Inwiefern dabei - entsprechend den Vorbringen in der Beschwerde (Urk. 1 S. 6) - die von der Psychotherapeutin G. erwähnte Konversionssymptomatik eine Rolle spielt, kann offen gelassen werden, da bei fehlenden organischen Befunden die Unfalladäquanz der vorhandenen psychischen Störung unabhängig von deren genauen diagnostischen Zuordnung beurteilt wird.

4.3. Demnach ist wenn nicht von einer eigenständigen, so doch von einer schon kurz nach dem Unfall in den Vordergrund getretenen, das Beschwerdebild dominierenden psychischen Störung auszugehen. Zu Recht hat die SUVA daher die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zwischen dem von dieser geprägten Beschwerdebild und dem Unfall anhand der in BGE 115 V 138 Erw. 6 für Unfälle mit psychisch bedingten Folgeschäden aufgestellten Grundsätzen geprüft, nach denen zwischen physischen und psychischen Komponenten eines Beschwerdebildes zu differenzieren ist. Dass sie dabei den Unfall vom 20. Juni 2007 als mittelschwer einordnete, keines der für die Adäquanz sprechenden Kriterien als gegeben erachtete und daher das Vorhandensein adäquater Unfallfolgen verneinte, ist nicht zu beanstanden. Folglich muss es bei der per 10. August 2010 erfolgten Leistungseinstellung sein Bewenden haben.

Die daran würde sich auch nichts ändern, wenn die unfallbedingten Augenbeschwerden organischer Art wären. Denn diese sind regredient und fallen somit als Integritätsschaden von vornherein ausser Betracht. Auch besteht gemäss Bericht der Augenklinik des Spitals E. vom 18. Februar 2010 (Urk. 14/226) aus ophthalmologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit, weshalb die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorhandenen Augenbeschwerden keinen Anspruch auf weitere Taggeldleistungen oder auf eine Invalidenrente begründen.

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Evalotta Samuelson

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

- Assura

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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