

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00073 vom 8. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00073

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00073 du 8 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00073 del 8 maggio 2012

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Gutachter der L. ___ diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 20. Oktober 2010 (1) chronische/chronisch rezidivierende Kopfschmerzen (differenzialdiagnostisch: Spannungskopfschmerzen, Migräne ohne Aura, zervikozephal [zervikozepale Fazettenarthrosen]) bei Fazettenarthrosen zervikal C2/3, C3/4 und C4/5, (2) Arterielle Hypotonie, wahrscheinlich konstitutionell, (3) Status nach Auffahrunfall/Heckkollision mit dem Auto am 5. Februar 2001 mit Distorsion der HWS, möglicherweise mit Triggerung vorübergehender, kurzzeitiger zervikozephalen und zervikospondylogenen Beschwerden auf der Grundlage von Fazettenarthrosen zervikal, in der subjektiven Wahrnehmung verstärkt bei einer gemischten affektiven Stimmung primär mit dem Element der Angst, (4) Status nach Auffahrunfall/Frontalkollision mit dem Auto am 2. August 2009 mit Distorsion der HWS Grad II gemäss Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) mit wahrscheinlicher Triggerung vorübergehender, maximal 2-monatiger zervikozephalen und zervikospondylogenen Beschwerden auf der Grundlage von Fazettenarthrosen zervikal, verstärkt, (5) Panikstimmung (am ehesten in Form einer episodisch paroxysmalen Angst, ohne gesicherte anamnestic Hinweise auf Agoraphobie (ICD-10 F41.0) sowie (6) Verdacht auf Symptomausweitung (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 49).

Zur Kausalität der Gesundheitsstörungen führten die Gutachter aus, dass die zurzeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eher unwahrscheinlich auf den Unfall vom 5. Februar 2001 zurückzuführen seien. Als unfallfremde Ursachen mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit wirkten die Fazettenarthrosen C2/3, C3/4 und C4/5, chronisch rezidivierende Kopfschmerzen, arterielle Hypotonie und die Panikstimmung. Ferner hätten sich auch nichtmedizinische Gründe (psychosoziale Faktoren) mutmasslich erheblich negativ auf das Beschwerdebild ausgewirkt (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 50). Die Fazettenarthrosen (C2/3, C3/4 und C4/5), die Kopfschmerzen und die arterielle Hypotonie bewirkten als unfallfremde Ursachen auch ohne Unfall eine Gesundheitsstörung. Die Fazettenarthrosen zervikal hätten über die mit radiologischen Verlaufsuntersuchungen dokumentierte Zeitperiode von 2001 bis 2010 im Rahmen deren natürlichen Entwicklung stetig zugenommen und würden wahrscheinlich zunehmend zervikozephal und zervikospondylogene Beschwerden verursachen. Im Rahmen der zervikogenen Genese der Kopfschmerzen dürften diese ebenfalls einer schrittweisen Progredienz unterworfen sein. Die arterielle Hypotonie als wahrscheinlich konstitutionelle vegetative Dysregulation des Blutdruckes verliere in der Regel mit zunehmendem Alter natürlich an Relevanz. Auch die diagnostizierte phobische Stimmung hätte sich ohne den Unfall vom 5. Februar 2001 manifestiert. Diese müsse als vorbestehend beurteilt werden (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 50-51).

3.2. Das Gutachten basiert auf den vollständigen, insbesondere medizinischen Vorakten (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 2-13), Erhebungen und klinischen Untersuchungen des chirurgischen/traumatologischen Experten anlässlich der Konsultationen vom 26. November 2009 und 17. September 2010 (S. 13-18 sowie S. 29-31; Dr. O.), neurologischen Untersuchungen vom 26. November 2009 (S. 18-20 sowie S. 31-32; Dr. P.), neuropsychiatrischen Untersuchungen vom 26. November 2009 (S. 20-26 sowie S. 32; Prof. Q.), rheumatologischen Untersuchungen vom 27. November 2009 und 17. September 2010 (S. 27-29 sowie S. 33-35; Dr. R.), konventionellen Röntgenbilder der HWS und Brustwirbelsäule (BWS), einer Computertomographie der Halswirbelsäule vom 25. Januar 2010 (S. 35-36) sowie des Konsensgesprächs der beteiligten Experten am 7. Oktober 2010 (S. 2 und S. 36-48). Die geklagten Beschwerden werden ausführlich geschildert und fliessen in die Beurteilung ein, ebenso wie in der Beurteilung eingehend auf die vorangegangenen Arztberichte und Gutachten eingegangen wird und deren Schlussfolgerungen diskutiert werden, allenfalls mit schlüssiger Begründung eine abweichende Meinung vertreten wird.

Obwohl bei der Vorbereitung zum Gutachtensauftrag und damit in der Fragestellung der Unfall vom 2. August 2009 keine Bedeutung hatte, gingen die Experten auf diese Auffahrkollision ein und äusserten sich die Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung auch zu möglichen Folgen dieses Unfalles. Ebenso berücksichtigten sie einen von der Beschwerdeführerin als "beinahe Unfall" geschildertes Ereignis (wahrscheinlich vom 20. November 2002; vgl. Urk. 9/272/01/Z89), als die Beschwerdeführerin auf der Autobahn fahrend scharf abbremsen musste, sowie die allfälligen Auswirkungen des von der Beschwerdeführerin geschilderten tödlichen Überfalles aus dem Jahre 1996, für welches Ereignis keine Unterlagen mehr erhältlich waren (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 36-37). In der Diskussion beurteilten die Experten die arterielle Hypotonie symptomatisch mit Schwindelbeschwerden sowie die Kopfschmerzen (in den Akten bezüglich Genese unterschiedlich eingeordnet, andernorts als Migräne-artige Kopfschmerzen [Dr. C.] bzw. als Migräne ohne Aura [Dr. S. und Dr. T.] bezeichnet), als sicher vorbestehend und begründen dies in schlüssiger Weise, zumal auch die Vorakten keine Unfallkausalität postulieren (vgl. Urk. 9/272/01/Zm13 und Zm19 sowie Urk. 9/272/09/Zm5).

Zur insbesondere durch Dr. A. (vgl. Urk. 9/272/01/Zm27 und Urk. 12/2) anders beurteilten Genese der Fazettengelenksarthrosen nehmen die Gutachter auf über vier Seiten klar Stellung und setzen sich in überzeugender Art und Weise eingehend mit den bildgebenden Aufnahmen auseinander. Dazu führen sie aus, bereits die erste konventionelle Röntgenaufnahme der HWS vom 12. Februar 2001 (7 Tage nach dem Unfall vom 5. Februar 2001) lasse anhand erkennbarer, spondylophytärer Randreaktionen und verstärkter subchondraler Sklerosierung der Fazettengelenke den Degenerationsprozess im Segment C3/4 erkennen. Diese Zeichen der Degeneration im Segment würden sich auf den Folgeaufnahmen konventioneller Radiologie am 19. Juni 2001 (4 Monate nach dem Unfallereignis) und am 7. März 2006 (5 Jahre und 1 Monat nach dem Unfallereignis) bestätigen. Zugleich liessen die drei konventionellen Röntgenaufnahmen über eine Zeitspanne von mehr als fünf Jahren keine Progredienz der Degenerationen erkennen, was unzweifelhaft gegen einen durch das Trauma vom 5. Februar 2001 ausgelösten beschleunigten Degenerationsprozess spreche. Diese Interpretation werde durch die Befunde der Kernspintomographie am 25. Juni 2001 (4 1/2

Monate nach dem Unfallereignis) klar untermauert, indem diese keine traumatisch bedingte Veränderungen nachzuweisen vermögen. Eine Kernspintomographie sei zu wenig sensitiv, um strukturelle Degenerationen von Fazettengelenken in einem Anfangsstadium nachzuweisen. In dieser Fragestellung liefere die Computertomographie weit zuverlässigere Ergebnisse, was sich im vorliegenden Fall ebenfalls bestätigen lasse. Die radiologisch 7 Tage nach dem Unfallereignis erwiesenen Fazettenarthrosen des Segmentes C3/4 bewiesen, dass bei der Beschwerdeführerin vorbestehend zum Unfallereignis vom 5. Februar 2001 ein Degenerationsprozess betreffend die Fazettengelenke der HWS im Gange sei, der unabhängig von äusseren Einflüssen seinen natürlichen, krankhaften Verlauf nehme und in den letzten ein bis zwei Jahren weitere Fazettengelenke (C2/3 und C4/5) in Mitleidenschaft gezogen habe. Dieser Degenerationsprozess sei aufgrund der radiologischen Untersuchung erwiesenermaßen vorbestehend und somit krankhaft, nicht als unfallkausal zu beurteilen. Fazettenarthrosen können, sofern sie auch höher gelegene Segmente betreffen (C2/3), nebst Nacken- auch zervikogene Kopfschmerzen verursachen und müssten somit im vorliegenden Fall in der Diskussion zur Genese der vorbestehenden Kopfschmerzen mit berücksichtigt werden. Ferner wiesen die Umstände des Unfalles (Heckkollision; unspezifisch angegebener Kopfanprall, bei Ausschluss eines solchen ausserhalb der Kopfstütze mangels äusserer Verletzungen wie Kontusionsmarken, daher keine Hinweise für eine Abknickverletzung; Weiterfahrt möglich; Delta V von 10,5 bis 15.5 km/h) und bezeugten die Erhebungen 4 1/2 Stunden später auf der Notfallstation des USZ (keine Druckdolenzen, beschwerdefreie HWS, neurologisch unauffällige Befunde, uneingeschränkte Beweglichkeit der HWS beurteilt nach den messbaren Bewegungsamplituden) zweifelsfrei, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalles vom 5. Februar 2001 keine substantiellen Verletzungen (Grad 0 gemäss QTF-Klassifikation) mit langzeitigen Auswirkungen, namentlich Komplikationen, zugezogen habe (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 40-42). In Bezug auf den am 2. August 2009 erlittenen Unfall führten die Gutachter aus, dass die bekannten Konstellationen (Frontalkollision, darauf gefasst bei gerader Kopfstellung, Kopfstütze vorhanden, Sicherheitsgurt getragen, Airbag nicht ausgelöst, kein Kopfanprall) keine relevanten Risikofaktoren für durchschnittlich länger andauernde Beschwerden oder Komplikationen bergen würden. Die Beschwerdeführerin habe nach diesem Unfall eine unmittelbare Angst- und Schreckreaktion gezeigt, wie im Fall ihrer Angststörung praktisch zu erwarten war und dem Reaktionsmuster entspreche, das sie im Anschluss an den Beinahe-Unfall 2002 bereits offenbarte. Mit zeitlicher Verzögerung hätten sich Kopfschmerzen ausgehend vom Hinterkopf, Nackenbeschwerden mit Schwindel, Übelkeit bis zum Erbrechen und später Schlafstörungen manifestiert. Diese Beschwerden würden im Wesentlichen denjenigen entsprechen, über welche die Beschwerdeführerin schon in Folge des Unfallereignisses vom 5. Februar 2001 jahrelang geklagt habe, was auch Dr. A. ___ bei - auch konventionell radiologisch - unveränderten Befunden bestätige. Anlässlich ihrer (chirurgisch-traumatologischen und neurologischen) Untersuchungen vom 26./27. November 2009, das heisse rund 3 1/2 Monate nach diesem Unfall, habe eine weitgehend altersentsprechende Beweglichkeit der HWS festgestellt werden können. Zugleich hätten erhebliche Diskrepanzen zum Befund des rheumatologischen Experten bestanden und somit eine deutliche Inkonsistenz. Diese von zwei der beteiligten Experten offensichtlich nachgewiesene altersentsprechende Beweglichkeit der HWS spreche eindeutig gegen eine Störung struktureller Veränderungen. In Anbetracht aller ersichtlichen medizinischen Fakten sei davon

auszugehen, dass vorbestehende, chronische beziehungsweise chronisch rezidivierende (zervikozepale) Kopf- und zervikospodylogene Nackenbeschwerden auf der Grundlage krankhafter Fazettendegenerationen mitbeeinflusst durch offensichtlich vorbestehende psychische Störungen im Rahmen einer Distorsion der HWS Grad II gemäss QTF anlässlich des Unfalles am 2. August 2009 zum zweiten Mal eine Triggerung mit vorübergehender Verschlimmerung der Beschwerden erfahren habe. Dass es sich dabei nur um eine Triggerung mit vorübergehender Verschlimmerung der Beschwerden gehandelt habe, bezeuge der Eindruck des Neurologen Dr. T. ___ in seinem Konsiliarbericht vom 5. Oktober 2009 (vgl. Urk. 9/272/09/Zm5). Er beschreibe ein myofasiales Syndrom der rechten oberen Extremität ohne Hinweise auf eine zugrunde liegende radikuläre Reizung oder eine periphere Kompressionsneuropathie. Nach angeblich dritter Distorsion der HWS (inklusive "Beinahe-Unfall") führe Dr. T. ___ keine weiteren medizinischen Sachverhalte an, die auf Verletzungsfolgen im Bereich der HWS oder des Nervensystems hindeuten würden. Verletzungen des Grades II gemäss QTF-Klassifikation beschränkten sich definitionsgemäss auf die Weichteile. Derartig limitierte Verletzungen heilten regelhaft unter dem Einfluss des gewebeeigenen, natürlichen Regenerationspotentials im Verlauf von Wochen bis wenigen Monaten ab. Dies erkläre, weshalb der Neurologe Dr. T. ___ schon zwei Monate nach der HWS-Distorsion keine Verletzungsfolgen mehr habe feststellen können. Anlässlich ihrer Untersuchungen vom 26./27. November 2009 sowie 17. September 2010 klage die Beschwerdeführerin über Schmerzen betreffend den Kopf, den Nacken, die Gelenke und Muskeln, im Alltag behindernde Gefühlsstörungen in den Armen und eine generelle Schwäche, Schwindel zum Teil begleitet von Nausea und Erbrechen sowie Schlafstörungen. Die klinisch erheblichen Befunde fielen in erster Linie durch Inkonsistenzen und Divergenzen auf. Dies deute auf eine Symptomausweitung mit Selbstlimitierung hin, wie die geklagten (subjektiven) Beschwerden der Beschwerdeführerin für sich schwerlich mit einer pathophysiologisch begründeten Gesundheitsstörung erklärt werden könnten, es sei denn, man assoziiere die affektive Störung mit einer gewissen Somatisierungsneigung, welche überzeichnet wahrgenommene Beschwerden seitens der Fazettengelenke zervikal und womöglich auch der arteriellen Hypotonie (Schwäche, Schwindel) halbwegs plausibel machen würden (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 46-48).

3.3.3.3 Angesichts dieser Ausführungen erweisen sich die Behauptungen von Dr. A. ___ sowie Dr. K. ___ (Urk. 12/1-2 und Urk. 9/272/01/Zm27), welche sich darin erschöpfen, dass Fazettengelenksarthrosen in den MRI-Befunden von 2001 nicht erkennbar gewesen und typisch für HWS-Distorsionstraumen seien, wobei die Beschwerdeführerin mehrere solche erlitten habe, als unbehelflich. Gerade die initialen klinischen und bildgebenden Befunde sowie der Verlauf sprechen nach schlüssiger Darlegung der Gutachter gegen eine unfallbedingte, organische Läsion, weshalb auch das vergleichsweise jugendliche Alter sowie das angebliche Fehlen berufsbedingter HWS-Hyperextensionen einen krankhaften Verlauf keinesfalls ausschliessen. Wiederholte unfallbedingte HWS-Hyperextensionen sind ausserdem nicht belegt.

3.4.4.4 Was die Psychiaterin Dr. I. ___ gegen die Schlussfolgerungen der Gutachter anbringt (Urk. 9/272/01/Zm28), vermag in keiner Weise zu überzeugen. So wurden die von ihr festgestellten Symptome (Schlafstörung, verzögerter, undulierender Verlauf, rasche Ermüdbarkeit, Nausea, Konzentrationsschwäche, Derealisation, Auftauchen von Unfallbildern und Vermeidungsverhalten bezüglich Autofahren sowie Existenz- und

Zukunftsängste) durchaus erkannt und flossen in die Beurteilung mitein. Dass diese Symptome hinsichtlich ihrer Qualität und ihren Auswirkungen jedoch für eine andere psychische Krankheit sprechen und auch angesichts des vergleichsweise banalen Auffahrunfalles zweifelsohne nicht als unfallkausale posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert werden dürfen, wurde von den Gutachtern - wie bereits vom Psychiater Dr. J. ___ in seinem Gutachten vom 7. April 2008 (Urk. 9/272/01/Zm17) - schlüssig dargelegt (Urk. 9/272/01/Zm 24 S. 42-44). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Argumentation "post hoc ergo propter hoc" beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34). Selbst wenn nachgewiesen wäre, dass die geklagten psychischen Beschwerden erst seit den hier streitigen Ereignissen aufgetreten wären, wäre damit nicht erstellt, dass diese Beschwerden durch die Unfälle bzw. durch den "Beinahe-Unfall" verursacht worden wären, weshalb sich diesbezügliche Weiterungen erbringen.

4. Zusammenfassend ist gestützt auf das in allen Teilen beweiskräftige Gutachten der K. ___ davon auszugehen, dass jeder der hier zu beurteilenden Unfälle (inklusive "Beinahe-Unfall") keine organisch nachweisbare Schäden verursachte und dass sie spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Oktober 2010) nicht mehr natürlich kausal zu den verbleibenden Beschwerden sind. Daran vermag auch die jahrelange Leistungsgewährung nichts zu ändern. Dies allein begründet keinen Anspruch auf Fortsetzung. Hinzuzufügen ist, dass die ärztliche Behandlung sich in grobmaschigen Kontrollen in Zeiten grosser Schmerzattacken sowie wiederholten Serien chiropraktischer und physikalischer passiver Behandlungen erschlüpfte, bei undulierendem Behandlungs- und Heilungsverlauf (vgl. Urk. 9/272/01/Z231, Zm17-18). Bei dieser Sachlage kann von der Fortsetzung ärztlicher Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden, wovon auch die Gutachter ausgingen. Diese empfahlen hinsichtlich der im Vordergrund stehenden (nicht unfallkausalen) Beschwerden ausschliesslich eine medikamentöse symptomatische Schmerztherapie und gegen die (unfallfremde) Panikstörung, welche auch zu Somatisierungssymptomen führt, eine gezielte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 62 sowie S. 51 f.). Damit entfällt der Anspruch auf Heilkostenleistungen ohne Weiteres und infolge der festgestellten medizinisch-theoretisch vollen Arbeitsfähigkeit im angestammten bzw. dem Bildungsstand entsprechenden Arbeitsumfeld (Urk. 9/272/01/Zm24 S. 52 und S. 60 ff.) auch der Anspruch auf Taggelder.

Bei diesem Ergebnis braucht die Adäquanz - welche hinsichtlich der Heilkosten- und Taggeldleistungen sowieso von untergeordneter Bedeutung wäre (vgl. BGE 137 V 199) - nicht geprüft zu werden, wobei diesbezüglich auf die in allen Teilen zutreffenden Ausführungen im Einspracheentscheid vom 11. Februar 2011 verwiesen werden kann (Urk. 2 S. 6 ff.)

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde, soweit auf sie einzutreten ist.

5.

5.1 Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Da die seit Dezember 2010 von Sozialhilfe abhängige Beschwerdeführerin diese Voraussetzungen erfüllt und die Beschwerde nicht als aussichtslos betrachtet werden konnte, ist ihr dem Gesuch vom 7. März 2011 entsprechend Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter beizugeben.

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass sie nach § 16 Abs. 4 GSVG zur Nachzahlung der Entschädigung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (vgl. auch Art. 123 ZPO).

Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau machte mit Honorarnote vom 18. April 2012 (Urk. 15) einen Aufwand von 21 Stunden und 15 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 289.70 geltend, was angesichts der sich stellenden Rechtsfragen sowie des notwendigen Aufwandes als nicht angemessen erscheint. Insbesondere waren die nach Zustellung der Beschwerdeantwort (22. März 2011) ab 4. April 2011 geltend gemachten Bemühungen (wiederholte Besprechungen mit der Beschwerdeführerin sowie den behandelnden Ärzten) weder geboten noch notwendig. Zu berücksichtigen sind die bis und mit 25. März 2011 getätigten Bemühungen (570 Minuten) und ein angemessener Aufwand im Zusammenhang mit den nachgereichten Unterlagen (Arztberichte, Urk. 12/1-2) sowie den Abschlussarbeiten (total 2,5 Stunden), so dass insgesamt 12 Stunden als angemessen zu erachten sind. Der unentgeltliche Rechtsbeistand ist daher mit Fr. 2'905.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 7. März 2011 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau, Winterthur, wird mit Fr. 2'905.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau
- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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.