

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00166 vom 29. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00166

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00166 du 29 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00166 del 29 gennaio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1 Die SUVA begründete die Leistungseinstellung per Ende Januar 2011 im Wesentlichen - unter Hinweis auf die Beurteilungen der Neurologin Dr. D. ___ vom 27. Oktober 2010 (Urk. 7/67) und vom 17. Februar 2012 (Urk. 22) - damit, dass das Ereignis vom 4. Mai 2009 nicht mehr (teil-)ursächlich sei für die anhaltenden Beschwerden (Urk. 2 S. 5). So habe sich bildgebend nachweisen lassen, dass die damals erlittene unfallähnliche Karpalperschädigung abgeheilt sei (Urk. 7 S. 4). Die neu aufgetretene fokale Myositis stehe in keinem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum fraglichen Geschehnis (Urk. 7 S. 4, Urk. 21).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die SUVA habe nicht rechtsgenügend dargelegt, dass die am 4. Mai 2009 zugezogene Muskelverletzung ihre (teil-)kausale Bedeutung für die - angesichts der diagnostizierten fokalen Myositis durchaus objektivierbaren - persistierenden Schmerzen und die Schwellung am rechten Unterarm verloren habe (Urk. 1 S. 7 f., 14 S. 3 ff., Urk. 26 S. 2).

E. 3

3.1 Die am 4. Mai 2009 notfallmässig konsultierten Ärzte des Kantonsspitals W. ___, Chirurgische Klinik und Poliklinik, diagnostizierten in ihrem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 8/2) einen Muskelfaserriss der Extensoren des rechten Unterarms. Die Röntgen- und Ultraschalluntersuchung des rechten Arms habe eine intakte Bizepssehne ergeben. Hinweise auf frische ossäre Läsionen, ein eigentliches Hämatom oder ein Muskelfaserunterbruch hätten sich nicht feststellen lassen (Urk. 8/2).

3.2 Die MRI-Untersuchung des rechten Unterarms vom 19. Mai 2009 ergab einen unauffälligen Befund ohne Nachweis eines Hämatoms, eines Seroms oder eines Muskelfaserrisses (vgl. Bericht Kantonsspital W. ___, Institut für Radiologie, vom 22. Mai 2009, Urk. 8/9).

3.3 Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, Phlebologie SGP, Sportmedizin SGSM, hielt am 16. Juni 2009 fest, es habe sich eine posttraumatische Epikondylitis humeri radialis entwickelt, die er nun mittels Infiltration behandelt habe. Weitere Konsultationen seien nicht geplant (Urk. 8/3).

3.4 Die Ärzte des Kantonsspitals W. ___, Chirurgische Klinik und Poliklinik, stellten am 27. Juni 2009 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/6):

- Posttraumatische Myositis; Differentialdiagnose: erneute Zerrung der Musculi brachioradialis und extensor carpi radialis longus und brevis

- Status nach Muskelfaserriss Extensoren Unterarm rechts vom 4. Mai 2009

Das MRI des rechten Unterarms vom 25. Juni 2009 (Urk. 8/10) habe Strukturveränderungen sowie hyperintense Signalalterationen und ein Kontrastmittel-Enhancement im proximalen Anteil des Musculus brachioradialis und des Musculus extensor carpi radialis longus und brevis ergeben, welche wohl am ehesten einer posttraumatischen Myositis/Nekrose beziehungsweise - differentialdiagnostisch - einer Myositis ossificans oder einer Zerrung entsprächen. Ungewöhnlich sei indes, dass diese Veränderung in den - ebenfalls posttraumatischen - Voraufnahmen nicht ersichtlich gewesen seien. Seit dem 24. Juni 2009 beständen eine intermittierende Schwellung und Schmerzen im Bereich der dorsalen Unterarmmuskulatur (Urk. 8/6).

Gestützt auf die Ergebnisse der ambulanten Untersuchung vom 10. Juli 2009 stellten die Ärzte des Kantonsspitals W.____, Rheumaklinik mit Institut für Physiotherapie und Poliklinik, in ihrem Bericht vom 13. Juli 2009 folgende Diagnosen (Urk. 8/8 S. 1):

- Persistierende Schmerzen und Schwellung mit intermittierenden Exanthemen über Musculus brachioradialis und extensor carpi longus und brevis mit/bei

- Status nach Zerrung am 4. Mai 2009

- zunehmenden Hauteffloreszenzen am 3. Juli 2009

- Veränderungen im Musculus brachioradialis und Musculus extensor carpi radialis longus und brevis; Differentialdiagnose: Myositis/Nekrose (MRI vom 25. Juni 2009)

- Status nach Exzisionsbiopsie Unterarm rechts mit Faszien und Muskelanteilen (Musculus brachioradialis)

- Histologie vom 3. Juli 2009: fokale Nekrosen des Fettgewebes mit minimal ausgeprägter Entzündung, in erster Linie vereinbar mit einer posttraumatischen Panikulitis; weitere Histologie mit Faszienfragmenten ohne Anhaltspunkte für entzündlichen Prozess; weitere Histologie für Muskelfragmente ohne Anhaltspunkte für entzündlichen Prozess; Differentialdiagnosen: Dermatomyositis oder Erythema nodosum

Das am 3. Juli 2009 festgestellte Erythema nodosum sei bei der klinischen Kontrolle am 10. Juli 2009 nicht mehr nachweisbar gewesen. Die durchgeführte Muskel- und Hautbiopsie habe lediglich Hinweise für eine fokale Nekrose des Fettgewebes mit minimal ausgeprägter Entzündung ergeben, welche in erster Linie mit einer posttraumatischen Panikulitis vereinbar sei (Urk. 8/8 S. 2).

Die am 10. August 2009 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Unterarms zeigte - verglichen mit den Voruntersuchungen vom 19. Mai und 25. Juni 2009 - eine Regredienz der Raumforderungen, der Flüssigkeitseinlagerungen und des Kontrastmittel-Enhancements. Möglicherweise bestehe eine leichte Atrophie und eine sehr diskrete fettige Degeneration der Extensorengruppe. Insgesamt lasse sich der Befund gut mit einem Status nach einem Muskelfaserriss vereinbaren (vgl. Bericht Kantonsspital W.____, Institut für Radiologie, vom 10. August 2009, Urk. 8/11).

Aufgrund der Ergebnisse der Sonographie des rechten Unterarms vom 27. August 2009 stellten die Ärzte des Kantonsspitals W.____, Institut für Radiologie, am 28. August 2009 ein Muskelriss des Musculus extensor carpi ulnaris rechts bei

ansonsten regelrechter Extensorenmuskulatur des dorsalen rechten Unterarms fest (Urk. 8/15).

3.8. Die am 4. September 2009 durchgeführte MRI-Untersuchung ergab eine gegenüber den Voruntersuchungen vom 25. Juni und 10. August 2009 - erneute Regredienz der dematischen Veränderungen im Bereich der Extensorengruppe unter Betonung des Musculus extensor carpi radialis longus (vgl. Bericht Kantonsspital W., Institut für Radiologie, vom 9. September 2009, Urk. 8/17).

3.9. Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 26. August bis 7. September 2009 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Kantonsspitals W., Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, im Bericht vom letztgenannten Datum nachstehende Diagnosen (Urk. 8/19 S. 1):

- Persistierende Schmerzen Musculi brachioradialis und extensor carpi radialis longus und brevis rechts mit/bei
- Status nach Zerrung am 4. Mai 2009
- zunehmenden Hauteffloreszenzen (Differentialdiagnose: Hautmatome) am 3. Juli 2009 und Verdacht auf Erythema nodosum, nicht bestätigt
- Regredienz der Myositis/Nekrose im Musculus brachioradialis, Musculus extensor carpi radialis longus und brevis mit möglicherweise leichter Atrophie und sehr diskreter fettiger Degeneration der Extensorengruppe (MRI vom 25. Juni, 10. August und 4. September 2009)
- Status nach Exzisionsbiopsie Unterarm rechts mit Faszien und Muskelanteilen (Musculus brachioradialis)
- Histologie vom 3. Juli 2009: fokale Nekrosen des Fettgewebes mit minimal ausgeprägter Entzündung, am ehesten mit posttraumatischer Panikulitis vereinbar; keine weiteren Anhaltspunkte für entzündliche Prozesse an Faszien- und Muskelfragmenten
- Bekannte Kopfschmerzen
- Status nach unauffälligem Schädel-CT vom September 2008

3.10. Nachdem die durchgeführten Untersuchungen keinerlei fassbaren pathologischen Befunde ergeben hätten, sei der Beschwerdeführer mit dem Ziel, den Arm wieder funktionell zu beanspruchen, zur Ergotherapie angemeldet worden. Die SUVA sei ersucht worden, die Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz zu prüfen (Urk. 8/19 S. 2).

3.10. Gestützt auf die Ergebnisse der MRI-Untersuchungen vom 19. Mai, 25. Juni und 10. August 2009 gelangten die Ärzte der Universitätsklinik A., Radiologie, am 3. November 2009 zum Schluss, dass - angesichts des wesentlichen Traumas mit unmittelbar darauf folgenden heftigen Schmerzen - wohl am ehesten von einer Muskelzerrung mit Teilriss auszugehen sei (Urk. 8/25).

3.11. Nachdem er den Beschwerdeführer am 20. Januar 2010 kreisärztlich untersucht hatte, hielt PD Dr. Z. in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 8/40) fest, wohl lasse sich klinisch und anamnestisch ein deutlich pathologischer Befund feststellen (Urk. 8/40 S. 7), die Genese der seit der Verletzung vom 4. Mai 2009 geklagten

Beschwerden sei indes nach wie vor völlig unklar (Urk. 8/40 S. 6). Anhaltspunkte für ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) bestanden derzeit keine. Es seien weitere Abklärungen indiziert (Urk. 8/40 S. 7).

3.12 Dr. med. F. ____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, gab am 26. Februar 2010 an, die Schmerzen nähmen gemäss der behandelnden Ergotherapeutin stetig zu. Da die spastische Komponente stark ausgeprägt sei, falle eine Botox-Behandlung in Betracht (Urk. 8/43).

3.13 Gestützt auf die Ergebnisse ihrer im Auftrag der SUVA am 12. April 2010 durchgeführten Untersuchung stellten die Ärzte der Universitätsklinik A. ____, Orthopädie, am 4. Mai 2010 folgende Diagnosen (Urk. 8/46 S. 1):

- Unklare Unterarmschmerzen rechts

- Differentialdiagnose: Entrapment Syndrom, Tumor

Das Beschwerdebild sei unklar. Bei einem Muskelfaserriss mit Nekrose oder einem Entrapment Syndrom sei eher von einer Muskelatrophie als von einer Zunahme der Muskelmasse, wie sie beim Beschwerdeführer, der den rechten Arm schmerzbedingt wenig nutze, offenbar vorliege, auszugehen. Im Hinblick auf den Ausschluss eines Tumors sei eine MRI-Untersuchung des rechten Unterarms indiziert (Urk. 8/46 S. 2).

Nach Durchführung der MRI-Untersuchung vom 28. April 2010, die einen untypischen unspezifischen Befund mit - auf die durchgeführte Operation zurückzuführen - leichtem muskulärem Ödem bei ansonsten unauffälligem Befund mit normaler Anatomie ohne Pathologien, insbesondere ohne Hinweis auf ein Nerven-Kompressionssyndrom, ergeben hatte, regten die Orthopäden der Universitätsklinik A. ____, an, die persistierenden, nicht einzuordnenden Schmerzen einer multidisziplinären Sprechstunde zuzuführen (vgl. Schreiben vom 30. April 2010, Urk. 8/49).

3.14 Die Neurologin Dr. D. ____, gelangte, nachdem sie den Beschwerdeführer am 27. Oktober 2010 untersucht hatte, in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 25. Januar 2011 zum Schluss, dass das Ereignis vom 4. Mai 2009 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine andauernde strukturelle Läsion im Bereich des rechten Unterarms zur Folge gehabt habe. Die im MRI vom 25. Juni 2009 dargestellten Auffälligkeiten liessen sich beispielsweise auf eine zwischenzeitlich erfolgte Muskelkontusion zurückzuführen, könnten letztendlich aber ebenfalls keine Schmerzen in der Ausprägung, wie sie vom Beschwerdeführer angegeben würden, begründen. Bemerkenswert sei, dass aus chirurgischer, aus orthopädisch-chirurgischer, aus rheumatologischer und auch aus neurologischer Sicht keine definitive Diagnose gestellt werden könnten, welche die geklagten Symptome zu erklären vermöchten (Urk. 8/67 S. 19).

3.15 Die von der SUVA-Versicherungsmedizinerin Dr. C. ____, am 27. Oktober 2010 durchgeführte psychiatrische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für eine relevante psychische Störung (vgl. Beurteilung vom 15. Februar 2011, Urk. 8/68 S. 9 f.).

3.16 Die seit dem 29. November 2010 ambulant behandelnden Ärzte des Kantonsspitals W. ____, Schmerzzentrum, stellten, nachdem das handchirurgische Konsilium vom 17. Januar 2011 keine neuen Aspekte ergeben hatte, am 21. Februar 2011 folgende Diagnosen (Urk. 15/4 S. 1):

- Unklare Unterarmschmerzen rechts
- Akute Streptokokkenangina am 27. September 2010
- Oberlappenpneumonie rechts vom 8. bis 13. September 2008
- Abklärung bei Verdacht auf Epilepsie 2008 (EEG und CT bland)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die im proximalen Anteil des rechten Vorderarms imponierende leichte Schwellung sei nochmals eine Abklärung veranlasst worden (Urk. 15/4 S. 2).

3.17 Ä Ä Die Ärzte des Kantonsspitals W. ____, Departement Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, stellten im Operationsbericht vom 6. Mai 2011 betreffend die am 4. Mai 2011 durchgeführte erneute Muskelbiopsie des Extensorenansatzes des rechten Unterarms nachstehende Diagnosen (Urk. 15/1):

- Persistierende Schmerzen und Schwellung Unterarm rechts seit Mai 2009
- Differentialdiagnose: Myositis, Faszienreizung der Unterarmmuskulatur
- MR vom März 2011: deutlich edematöse Veränderung des Musculus brachioradialis und des Musculus extensor carpi radialis longus und brevis rechts
- Status nach Trauma am 4. Mai 2009.

3.18 Ä Ä Dr. F. ____, attestierte dem Beschwerdeführer am 24. Juni 2011 für die Zeit vom 1. bis 31. Juli 2011 - krankheitsbedingt - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9).

3.19 Ä Ä Nach Kenntnisnahme der seit der Untersuchung vom 27. Oktober 2010 (Urk. 8/67) ergangenen medizinischen Berichte hielt die Neurologin Dr. D. ____, in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17. Februar 2012 fest, die aktuell diagnostizierte fokale Muskelentzündung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankhafter Natur. Ein Zusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem am 4. Mai 2009 - ohne äusseren Krafteinwirkung - begonnenen Muskelschmerz sei nicht anzunehmen (Urk. 22 S. 4 f.).

3.20 Ä Ä Auf entsprechende Anfrage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (Urk. 27/1) hielten die Ärzte des Kantonsspitals W. ____, Departement Medizin, Medizinische Poliklinik, am 29. März 2012 fest, nach den beiden MRI-Untersuchungen vom 19. Mai und 25. Juni 2009 sowie der Biopsie vom 3. Juli 2009 sei die Diagnose unklar geblieben. Bei der fokalen Myositis handle es sich um eine entzündliche Muskelerkrankung, deren Ursache unbekannt sei. Dass die beim Beschwerdeführer festgestellte Myositis eine Unfallfolge sei, sei möglich (Urk. 27/2).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Nach Lage der Akten qualifizierte die SUVA das Ereignis vom 4. Mai 2009, bei dem der Beschwerdeführer beim Ziehen an einem Schalungselement einen Zwick im rechten Unterarm und in der Folge zunehmende Schmerzen verspürte (Urk. 8/1, Urk. 8/2, Urk. 8/5, Urk. 8/7 S. 2, Urk. 8/34 S. 1), mangels Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors zu Recht nicht als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG. Bei den von verschiedenen Ärzten gestellten Diagnosen eines Muskelfaserrisses (Urk. 8/2, Urk. 8/6, Urk. 8/25) beziehungsweise einer Muskelzerrung (Urk. 8/8, Urk. 8/19 S. 1, Urk. 8/25) handelt es sich zwar um Körpererschütterungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. d respektive lit. e UVV. Indes hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in

Fortsetzung der Rechtsprechung zu den Leistungsvoraussetzungen bei unfallähnlichen Körpererschütterungen daran festgehalten, dass mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit sämtliche Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs erfüllt sein müssen (BGE 129 V 466). Besondere Bedeutung kommt dabei der Voraussetzung eines äusseren Ereignisses zu, das heisst eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles. Wo ein solches Ereignis mit Einwirkung auf den Körper nicht stattgefunden hat, und sei es auch nur als Auslöser eines in Art. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV aufgezeigten Gesundheitsschadens, liegt eine eindeutig krankheits- oder degenerativ bedingte Gesundheitsschädigung vor. Kein unfallähnliches Ereignis liegt in all jenen Fällen vor, in denen der äussere Faktor mit dem (erstmaligen) Auftreten der für eine der in Art. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV enthaltenen Gesundheitsschäden typischen Schmerzen gleichgesetzt wird. Auch nicht erfüllt ist das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors, wenn das (erstmalige) Auftreten von Schmerzen mit einer blossen Lebensverrichtung einhergeht, welche die versicherte Person zu beschreiben in der Lage ist; denn für die Bejahung eines äusseren, auf den menschlichen Körper schädigend einwirkenden Faktors ist stets ein Geschehen verlangt, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotential innewohnt. Das ist zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele sportliche Betätigungen zutreffen kann. Wer hingegen beim Aufstehen, Absitzen, Abliegen, der Bewegung im Raum, Handreichungen und so weiter einen einschliessenden Schmerz erleidet, welcher sich als Symptom einer Schädigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV herausstellt, kann sich nicht auf das Vorliegen einer unfallähnlichen Körpererschütterung berufen. Erfüllt ist demgegenüber das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors bei Änderungen der Körperlage, die nach unfallmedizinischer Erfahrung häufig zu körpereigenen Traumen führen können, so etwa beim plötzlichen Aufstehen aus der Hocke, bei heftigen und/oder belastenden Bewegungen und bei durch äussere Einflüsse unkontrollierbaren Änderungen der Körperlage (BGE 129 V 466 E. 2.2 und 4.2; Urteil U 94/03 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 31. Oktober 2003 E. 2.1). Erforderlich und hinreichend für die Bejahung eines äusseren Faktors ist, dass diesem ein gesteigertes Schädigungspotential zukommt, sei es zufolge einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage, sei es durch Hinzutreten eines zur Unkontrollierbarkeit der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtung führenden Faktors (BGE 129 V 466 E. 4.3). Ob es beim Geschehnis vom 4. Mai 2009 tatsächlich zu einer schädigenden Auswirkung durch einen äusseren Faktor kam, erscheint aufgrund der im Wesentlichen übereinstimmenden Hergangsschilderungen des Beschwerdeführers als äusserst fraglich, braucht allerdings - wie sich im Folgenden ergibt - vorliegend nicht abschliessend geprüft zu werden.

4.2.2 Gestützt auf die Ergebnisse der im Laufe der Zeit durchgeführten umfassenden und äusserst fundierten polydisziplinären medizinischen Abklärungen ist davon auszugehen, dass das Ereignis vom 4. Mai 2009 zu keiner andauernden strukturellen Läsion im Bereich des rechten Unterarms geführt hat (vgl. insbesondere Urk. 8/2, Urk. 8/8, Urk. 8/9, Urk. 8/11, Urk. 8/17, Urk. 8/19, Urk. 8/25, Urk. 8/49, Urk. 8/67 S. 19, Urk. 15/1). Fest steht sodann, dass die von den Ärzten diagnostizierte beziehungsweise vermutete ursprüngliche Verletzung (Muskelfaserriss und/oder Muskelzerrung) an sich die über Ende Januar 2011 hinaus persistierenden Beschwerden schon bald nach dem bagatellären Vorfall vom 4. Mai 2009 nicht mehr zu erklären

vermochte. Für die schliesslich als Ursache der Schmerzen und der Schwellung im Bereich des rechten Unterarms festgestellte, im Zeitpunkt der ersten Biopsie vom 3. Juli 2009 noch nicht vorhanden gewesene (Urk. 8/8) fokale Myositis ist, wie Dr. D.____ - unter Hinweis auf die einschlägige medizinische Literatur (vgl. Beurteilung vom 17. Februar 2012, Urk. 22) - und die Ärzte des Kantonsspitals W.____ (vgl. Schreiben vom 29. März 2012, Urk. 27/2) einhellig, mit überzeugender Begründung und im Einklang auch mit der Einschätzung der Hausärztin Dr. F.____ (die die am 24. Juni 2011 [weiterhin] attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als krankheitsbedingt einstufte) darlegten, das Geschehnis vom 4. Mai 2009 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal.

4.3. Sofern es sich bei der am 4. Mai 2009 zugezogenen Läsion überhaupt um eine unfallähnliche (und damit grundsätzlich anspruchsbegründende) Körpererschädigung gehandelt hat, ist die Leistungseinstellung per 31. Januar 2011 (Urk. 2) jedenfalls deshalb nicht zu beanstanden, weil ein Kausalzusammenhang zwischen den über diesen Zeitpunkt hinaus persistierenden Beschwerden und der am 4. Mai 2009 erlittenen Unterarmverletzung, wenn auch nicht gänzlich auszuschliessen, so jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Die Beschwerde (Urk. 1) erweist sich daher als unbegründet.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Marianne I. Sieger

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- SWICA

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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.