

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00191 vom 18. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00191

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00191 du 18 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00191 del 18 dicembre 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass die Abklärungen ausschliesslich degenerative Veränderungen der Wirbelsäule ohne frische traumatische Läsionen ergeben hätten. Es handle sich um einen Vorzustand, und es bestehe eine rein zufällige zeitliche Koinzidenz zwischen den Beschwerden, der Beschwerdeauslösung und dem dargestellten Ereignis. Die anhaltende Schmerzsituation sei eindeutig durch die degenerativen Veränderungen erklärt. Falls man bei administrativer Anerkennung des Ereignisses als Unfall von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes ausgehen würde, seien die Beschwerden höchstens begrenzt zu übernehmen und der Schnitt-Zeitpunkt im Sinne eines Status quo sine mässte aufgrund der Verlaufsdokumentation spätestens auf den 12. Mai 2010 festgelegt werden (S. 5 f.).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, er habe vor dem 25. November 2009 nie an Rückenproblemen gelitten, leide jedoch seither unter Dauerschmerzen. Aufgrund seiner Rückenschädigung könne er nur noch sehr eingeschränkt seiner Arbeitstätigkeit nachgehen (S. 6 f.). Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerdegegnerin für die Einstellung der Leistungen auf das Datum des 12. Mai 2010 komme. An diesem Tag hätten eine fachärztliche Untersuchung sowie eine MRI-Abklärung aufgrund der massiven Schmerzen sowie der Zunahme der Symptome stattgefunden. Vor diesem Hintergrund könne keinesfalls vom Erreichen des Status quo sine per 12. Mai 2010 ausgegangen und die Leistungspflicht eingestellt werden (S. 7 Mitte). Am 8. September 2010 sei er sodann vom zweiten beigezogenen Facharzt untersucht worden. Zu diesem Zeitpunkt habe sich die Schmerzsituation zwar nicht wesentlich, aber doch in gewissem Grad geändert. Es sei daher frühestens zu diesem Zeitpunkt von einem Abklingen des durch den Unfall ausgelösten Schmerzsyndroms beziehungsweise einer Überhandnahme der vorbestehenden Situation auszugehen. Es seien ihm daher mindestens bis am 8. September 2010 die Versicherungsleistungen zu erbringen (S. 7 unten). Die Die Die Die Die Die

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit, ob die über den 12. Mai 2010 hinaus bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers in rechtsgleichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. November 2009 stehen.

E. 3

3.1 Gemäss Akten lieferten der Beschwerdeführer und sein Sohn am 25. November 2009 medizinisches Material in eine Arztpraxis, als der Beschwerdeführer

beim Tragen einer Elektroliege mit dem ersten Fuss am überdurchschnittlich hohen unteren Rand einer Terrassentür hing blieb. Sein ganzer Oberkörper habe sich in der Folge durch die Sturzbewegung nach vorne gebogen und der Fuss sei an der Schwelle hing geblieben. Der Beschwerdeführer habe mit einer Hand die Liege losgelassen, um den Sturz durch Festhalten am Türrahmen zu verhindern, sei jedoch sturzbedingt mit krummem Rücken gegen den Türrahmen geprallt.

Der Beschwerdeführer machte geltend, sofort einschliessende Schmerzen in den Rücken verspürt zu haben und nun unter Rückenschmerzen zu leiden (Urk. 1 S. 2 f.).

3.2 Nach dem Ereignis vom 25. November 2009 wurde der Beschwerdeführer am 27. November 2009 durch seinen Hausarzt Dr. med. Z., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, untersucht. Dieser führte aus (Urk. 11/3/1), dass sich anlässlich der Erstkonsultation klinisch keine Anhaltspunkte für eine Lumboradikulopathie gefunden hätten. Es habe sich eine interspinöse Druckdolenz zwischen den Lendenwirbelkörpern (LWK) 2/3 nachweisen lassen. Die Reklination sei deutlich schmerzprovokierend gewesen. Den Schilderungen des Beschwerdeführers zufolge seien die Kriterien für einen Unfall im Sinne der Definition erfüllt. Allerdings bestehe aufgrund weiterer degenerativer Veränderungen in den anderen Segmenten mit Diskusprotrusionen eine entsprechende Prädisposition.

3.3 Am 30. November 2009 führte Dr. med. A., Medizinisch Radiologisches Institut, beim Beschwerdeführer ein MRI durch. In seinem Bericht vom 30. November 2009 (Urk. 11/2) führte er aus, der Beschwerdeführer habe über eine chronische Rückenschmerzsymptomatik berichtet, welche sich vor zehn Tagen beim Heben plötzlich verstärkt habe. Dr. A. nannte im Befund eine leichte linkskonvexe Torsionsskoliose der Lendenwirbelsäule (LWS). Es zeige sich im Segment LWK 2/3 ein akuter (signalreicher) Bandscheibenprolaps von maximal 8 mm Tiefe über die ganze Breite des Spinalkanals reichend mit leichter Kaudakompression. Der Befund sei etwas rechtsbetont. Die Foramina sei geringfügig mitbeteiligt, jedoch liege keine intraforaminale Nervenkompression vor. Es zeigten sich weitere Bandscheibenprotrusionen bei deutlichen Intervertebralarthrosen in den drei unteren lumbalen Segmenten mit engen Foramina in der Höhe LWK 4/5 rechts sowie LWK 5/S1 mit L5-Kompression rechts.

3.4 Am 11. Januar 2010 berichtete Dr. Z. (Urk. 11/3) und nannte folgende Diagnosen:

- akutes Verletzungstrauma mit akuter Lumbalgie ohne klinische Hinweise für ein radikuläres Schmerzsyndrom bei/mit
- diskalem Ursprung mit Nachweis einer Protrusion im MRI LWK 2/3
- funktionell wahrscheinlich Kaudakompression
- weiteren degenerativen Veränderungen in der LWS mit diskalen und ostealen Foraminalstenosen und potentieller neuraler Kompression (L4 und L5 rechts)
- morbidem Übergewicht
- insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2
- arterielle Hypertonie

- traumatische Neuropraxie mit Peroneusparese links

3.5 Dr. Z.____ führte aus, formal könne er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum von der Erstbehandlung bis zur fachärztlichen Überweisung am 7. Dezember 2009 attestieren.

3.5 Dr. med. B.____, Orthopädische Chirurgie FMH, berichtete am 2. August 2010 (Urk. 11/15/3-4) ber die Untersuchungen vom 14. Dezember 2009 und 12. Mai 2010 und führte aus, er habe mit dem Beschwerdeführer detailliert die therapeutischen Optionen besprochen. Da er Diabetiker sei, habe man beschlossen, vorerst auf das operative Vorgehen zu verzichten und die Situation weiter zu beobachten. Im Mai habe die Symptomatik zugenommen.

3.6 Dr. med. C.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, welcher den Beschwerdeführer am 7. September 2010 untersucht hatte, nannte mit Bericht vom 8. September 2010 (Urk. 11/17/2-3) folgende Diagnosen:

- traumatisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit
- Femoralgie, Ischialgie nach rechts
- Diskushernie L2/3 paramedian rechts
- enger Rezessus
- zirkuläre Spinalkanalstenose L3/4
- Peroneuslähmung links nach OSG-Osteosynthese 2006
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus, insulinpflichtig
- Ponstanallergie

3.6 Dr. C.____ berichtete, nach dem Heben der schweren Liege im November 2009 sei es beim Beschwerdeführer zu akuten einschliessenden Rückenschmerzen gekommen. Die konservativen Massnahmen hätten primär nicht geholfen. Bildgebend zeige sich eine Diskushernie L2/3 rechtsbetont mit engem Spinalkanal sowie eine zirkuläre Spinalkanalstenose L3/4. Er empfehle dem Beschwerdeführer eine dekompressive Operation mit Diskektomie L2/3 sowie eine Dekompression L3/4. Zusätzlich sei seiner Meinung nach auch ein stabilisierender Eingriff nötig. Die Operation sei jedoch nicht dringend, da der Beschwerdeführer aktuell wenig von Schmerzen geplagt sei.

3.7 SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, welcher den Beschwerdeführer am 18. Januar 2011 kreisrztlich untersucht hatte, führte in seinem Bericht vom 19. Januar 2011 (Urk. 11/20/12) aus, die heutige Beobachtung des Verhaltens des Beschwerdeführers und seine Beschwerdeangaben ansslich der persönlichen Befragung bestätigten auch ohne direkte medizinische Untersuchung die Beschwerden und Symptome. Die Abklärungen hätten ausschliesslich degenerative Veränderungen der Wirbelsäule ergeben. Bildgebend seien keine frischen traumatischen Läsionen nachgewiesen. Das Ereignis vom 25. November 2009 sei vom Mechanismus her in keiner Art und Weise geeignet, diese degenerativen Veränderungen zu verursachen oder wesentlich zu verschlimmern. Es handle sich demnach um einen

Vorzustand. Es bestehe eine rein zufällige zeitliche Koinzidenz zwischen den Beschwerden, der Beschwerdeauslösung und dem dargestellten Ereignis. Die anhaltende Schmerzsituation sei eindeutig durch die degenerativen Veränderungen und die Kompression der neurogenen Strukturen erklärt. Die Klinik und Beschwerden korrelierten mit den Befunden. Ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis und den langandauernden Schmerzen sei höchstens möglich, bei Berücksichtigung der anatomisch-pathologischen, bildgebenden Situation sowie des Mechanismus jedoch unwahrscheinlich (S. 6 unten).

Falls man von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes im Sinne einer administrativen Anerkennung des Ereignisses als Unfall ausgehen würde, seien die Beschwerden höchstens begrenzt zu übernehmen und der Schnitzeitpunkt müsste aufgrund der Verlaufsdocumentation spätestens auf den 12. Mai 2010 im Sinne eines Status quo sine festgelegt werden (S. 7 oben).

E. 4

4.1 Unmittelbar nach seinem Unfall am 25. November 2009 klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen paravertebral rechts im Bereich der oberen Lendenwirbelsäule (Urk. 11/3 S. 1). Der erstbehandelnde Arzt Dr. Z. berichtete über eine interspinale Druckdolenz zwischen den LWK 2/3 und hielt fest, dass sich klinisch keine Anhaltspunkte für eine Lumboradikulopathie gefunden hätten (E. 3.2). Mittels eines in der Folge am 30. November 2009 angefertigten MRIs der LWS (E. 3.3) konnte ein breiter rechtsbetonter Bandscheibenprolaps auf der Höhe LWK 2/3 mit leichter Kaudakompression festgestellt werden, welcher aufgrund des Signalbesatzes als frisch eingestuft werden konnte. Eine wesentliche konsekutive foraminale neuronale Kompression konnte ausgeschlossen werden. Hingegen förderte die Bildgebung weitere Bandscheibenprotrusionen bei erheblichen Intervertebralarthrosen in den drei unteren lumbalen Segmenten mit engen Foramina in der Höhe LWK 4/5 rechts sowie LWK 5/S1 zutage. Die beigezogenen Spezialisten Dr. B. und Dr. C. bestätigten diese Befunde und nannten als Diagnose ein traumatisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (E. 3.5 und 3.6).

Gemäss den Berichten des behandelnden Arztes Dr. Z. vom Januar 2010 (E. 3.4) sowie Dr. A. (E. 3.3) ist ein Teil der Symptomatik sicher durch den neu aufgetretenen lumbalen Bandscheibenvorfall (LWK 2/3) hervorgerufen worden, aufgrund der weiteren degenerativen Veränderungen in den anderen Segmenten mit Diskusprotrusionen bestand beim Beschwerdeführer jedoch eine entsprechende Prädisposition.

Gestützt auf diese unbestritten gebliebenen medizinischen Einschätzungen ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis ein krankhafter Vorzustand im Sinne von degenerativen Veränderungen bestand, welcher das Beschwerdebild mitbestimmt.

4.2 Zusammenfassend geht aus der oben erwähnten medizinischen Aktenlage hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem versicherten Unfallereignis vom 25. November 2009 an einem akuten rechtsbetonten Bandscheibenprolaps auf Höhe LWK 2/3 sowie an weiteren Bandscheibenprotrusionen bei erheblichen Intervertebralarthrosen in den drei unteren lumbalen Segmenten mit engen Foramina in Höhe LWK 4/5 rechts sowie LWK 5/S1 litt.

Bei einer Diskushernie (Bandscheibenvorfall, Bandscheibenprolaps) handelt es sich um eine Verlagerung oder um einen Austritt von Gewebe des Nucleus pulposus der Bandscheibe durch Risse im Anulus fibrosus (Psychrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 174).

4.3 SUVA-Kreisarzt Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 19. Januar 2011 (E. 3.7) fest, dass die Abklärungen ausschliesslich degenerative Veränderungen der Wirbelsäule ohne frische traumatische Läsionen ergeben hätten. Es handle sich daher um einen Vorzustand und die anhaltende Schmerzsituation sei eindeutig durch die degenerativen Veränderungen und die Kompression der neurogenen Strukturen erklärbar. Dr. D.____ gelangte zum Schluss, ein Zusammenhang zwischen dem erwähnten Ereignis und den langandauernden Schmerzen sei möglich, bei Berücksichtigung der anatomisch-pathologischen, bildgebenden Situation jedoch unwahrscheinlich. Falls trotzdem von einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes auszugehen sei, seien die Beschwerden höchstens begrenzt zu übernehmen und der Schnitzeitpunkt müsste spätestens auf den 12. Mai 2010 festgelegt werden.

Die Beurteilung durch Dr. D.____ berücksichtigt zwar die medizinischen Vorakten sowie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers, kann jedoch nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. So verneint er in seinem Bericht einen natürlichen Kausalzusammenhang ganz, obwohl die Beschwerdeführerin die entsprechende Verfügung vom 14. Oktober 2010 wiedererwägungsweise aufhob und in der Verfügung vom 11. März 2011 doch zumindest für die Zeit bis zum 12. Mai 2010 von unfallkausalen Folgen ausging. Weiter widerspricht seine Beurteilung sämtlichen übrigen medizinischen Berichten, welche neben den degenerativen Veränderungen auch einen akuten Bandscheibenprolaps schildern. Zudem führte Dr. D.____ in seiner Beurteilung lediglich die bereits bekannten Diagnosen auf und machte keine näheren Angaben dazu, weshalb die nach dem 12. Mai 2010 bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt sein sollen.

4.4 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikulares Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind. Insbesondere mit dem letztgenannten Kriterium werden auch jene Fälle aufgefangen, bei denen der Unfall neben weiteren Faktoren lediglich eine Teilursache für die im Anschluss an das Ereignis aufgetretenen Rückenbeschwerden darstellt. Vorausgesetzt ist indessen auch dort, dass die Symptome einer Diskushernie (vertebragenes oder radikulares Syndrom) unmittelbar nach dem Unfall auftreten (Urteil des Bundesgerichts U 446/06 vom 4. Juli 2007 E. 4.1).

4.5 Aufgrund der Ereignisschilderung (vgl. Urk. 11/1) und angesichts der vom Bundesgericht entwickelten Rechtsprechung ist das Ereignis vom 25. November 2009 als

Unfall von nicht besonderer Schwere zu qualifizieren, welcher grundsätzlich nicht geeignet war, Bandscheibenschädigungen zu verursachen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Bandscheibenprolaps nicht durch den Unfall vom 25. November 2009 verursacht worden ist. Die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. A. ___ (E. 3.3), wonach er bereits seit Jahren unter chronischen Rückenbeschwerden leide sowie die im MRI ausgewiesenen erheblichen degenerativen Veränderungen sprechen ebenfalls für die Verursachung durch degenerative Veränderungen. Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist jedoch mit dem vorausgesetzten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Symptomatik der Diskushernie durch das versicherte Unfallereignis vom 25. November 2009 ausgelöst wurde. Für den durch das versicherte Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub der Diskushernie ist eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin demnach zu bejahen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeschub über den Zeitpunkt des 12. Mai 2010 hinaus angehalten hat. Â

4.6 Â Â Â Â Nach der Rechtsprechung kann eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes U 248/05 vom 28. September 2005, E. 2.1 mit Hinweisen). Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass selbst im Falle vorbestehender degenerativer Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeschlossen ist und länger dauernde Beschwerden bei einer einfachen Kontusion oftmals auf eine psychische Anpassungsstörung oder Fehlentwicklung zurückgehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes U 250/06 vom 17. Juli 2007, E. 4.2).

4.7 Â Â Â Â Die Dauer des Beschwerdeschubes der Diskushernie bemisst sich also nach dem Zeitpunkt, während dem ein behandlungsbedürftiger und/oder die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden bestanden hat.

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Eispracheentscheid gestützt auf die Beurteilung durch Dr. D. ___ davon aus, dass der unmittelbar durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub bis am 12. Mai 2010 angehalten habe. Dieser Beurteilung kann nicht zugestimmt werden. So geht aus den Akten hervor, dass am 12. Mai 2010 eine erste fachärztliche Untersuchung durch Dr. B. ___ stattfand, nachdem die Symptomatik des Beschwerdeführers im Mai zugenommen hatte (Urk. 11/15/3). Vor diesem Hintergrund kann demnach nicht vom Erreichen des Status quo sine ausgegangen werden. Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Am 8. September 2010 wurde der Beschwerdeführer vom zweiten beigezogenen Spezialisten Dr. C. ___ untersucht. In seinem Bericht (Urk. 11/17/2-3) gab dieser an, der Beschwerdeführer sei aktuell weniger von Schmerzen geplagt, so dass eine Operation nicht dringend sei. Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Somit ist aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub der Diskushernie über den 12. Mai

2010 hinaus angehalten und sich das Schmerzsyndrom erst im Zeitpunkt der Untersuchung vom 8. September 2010 beruhigt hatte. Diese Beurteilung steht zudem mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Einklang, wonach es der medizinischen Erfahrung entspricht, dass der organische Zustand des Rückens nach allfälligen erlittenen Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate beziehungsweise bei degenerativen Veränderungen spätestens ein Jahr nach dem Unfall wieder so weit hergestellt ist, wie er es auch wäre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_744/2008 vom 26. November 2008, und 8C_29/2009 vom 1. Mai 2009, E. 3.5, je mit Hinweisen).

4.8. Nach dem Gesagten bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. November 2009 zu Unrecht ab dem 12. Mai 2010 verneint hat, weshalb der angefochtene Einspracheentscheid in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer über den 12. Mai 2010 hinaus bis zum 8. September 2010 Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung hat.

5. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 1'200.--.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der SUVA vom 18. Mai 2011 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer für die Folgen des Ereignisses vom 25. November 2009 bis zum 8. September 2010 Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'200.-- zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Sandra Nussbaumer

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.