

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juni 2014

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch B. _____

Beschwerdeführer

und

C. _____
Beigeladene 1

gegen

Sympany Versicherungen AG
Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel

Beschwerdegegnerin

und

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Litigation Hauptbranchen, Postfach, 8085 Zürich

Beigeladene 2

betreffend Einspracheentscheid vom 8. August 2013



Sachverhalt:

A.

Der 1985 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Sympany Versicherungen AG (nachfolgend Sympany bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich gemäss Schadenmeldung UVG vom 26. Juli 2011 (Akten der Sympany [act. II] 1) am 23. Juli 2011 beim Fussballspielen das linke Knie verdrehte. Im ambulanten Behandlungsbericht des Spitals D._____ vom 26. Juli 2011 (act. II 2) wurde eine Kniedistorsion links diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 25. Juli bis zum 2. August 2011 attestiert. Am 2. August 2011 nahm der Versicherte seine Arbeit wieder auf (act. II 3).

Ab dem 1. Januar 2012 war der Versicherte bei der Zürich Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Zürich bzw. Beigeladene 2) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (act. II 7 S. 6). Dieser liess er über seinen Arbeitgeber am 14. März 2012 einen am 25. Februar 2012 erlittenen Unfall melden, bei dem er eine Verdrehung/Verstauchung des linken Knies erlitten habe (act. II 7 S. 6). Am 24. April 2012 erfolgte ein operativer Eingriff am linken Knie (Akten des Versicherten [act. I] 4). Nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt (act. II 7 S. 4 f.) teilte die Zürich dem Versicherten mit Schreiben vom 29. August 2012 mit, sie sei für die behandlungsbedürftigen Kniegelenksbeschwerden ab dem 27. Februar 2012 nur vorübergehend leistungspflichtig. Aufgrund des dokumentierten Vorzustandes am medialen Seitenband sei der status quo ante per 23. April 2012 erreicht. Es werde ihm empfohlen, sich bezüglich der weiteren Heilbehandlung an die Sympany zu wenden (act. II 7 S. 2 f.).

Die Sympany nahm Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt (act. II 9) und lehnte mit Verfügung vom 6. Dezember 2012 (act. II 10) die Ausrichtung von Versicherungsleistungen für die ab dem 24. April 2012 geklagten Beschwerden am linken Knie mangels Zusammenhangs mit dem Unfall vom 23. Juli 2011 ab. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 11) wies sie gestützt auf eine versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. med.

E._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 17. Juli 2013 (act. II 12) mit Entscheid vom 8. August 2013 ab (act. II 13).

B.

Mit Eingabe vom 11. September 2013 erhob der Versicherte, vertreten durch B._____, Sozialversicherungsfachmann mit eidg. Fachausweis, Beschwerde und beantragte sinngemäss, es sei der Einspracheentscheid vom 8. August 2013 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihre Leistungen über den 23. April 2012 hinaus zu erbringen. Im Weiteren ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2014 lud der Instruktionsrichter die Zürich und die C._____, (nachfolgend Beigeladene 1) zum Verfahren bei, stellte ihnen eine Kopie der Rechtsschriften der Parteien zu und gewährte ihnen die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Die Beigeladene 2 nahm mit Schreiben vom 20. Februar 2014, die Beigeladene 1 mit Eingabe vom 17. März 2014 Stellung zum Verfahren.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 8. August 2013 (act. II 13). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung für die als Folgen des Ereignisses vom 23. Juli 2011 geltend gemachten Beschwerden im linken Knie.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Bei einem Rückfall

handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden

kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet

sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.6 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 Im Zusammenhang mit der streitigen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich des Ereignisses vom 23. Juli 2011 ist vorab der medizinische Sachverhalt zu prüfen. Den Akten lässt sich diesbezüglich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 26. Juli 2011 (act. II 2) wurde festgehalten, der Patient habe sich am Samstag (23. Juli 2011) beim Fussballspielen eine Knie-distorsion links zugezogen. Aktuell beklage er unter der Belastung des Arbeitsalltages einen stechenden Schmerz lateral-seits des linken Kniegelenks. Es fände sich kein sichtbarer Erguss, keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung. Es bestehe Druckdo-

lenz im Bereich des lateralen Gelenkspalts und eine relative Insuffizienz des medialen Kollateralbandes. Das Kreuzband weise einen satten Anschlag auf, der Lachman-Test sei negativ. Im hinteren Meniskushorn lateral fänden sich fragliche Meniskuszeichen. Eine ossäre Läsion liege nicht vor (act. II 6).

3.1.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte im Bericht vom 30. April 2012 bezüglich einer am 24. April 2012 durchgeführten Operation (act. I 4) eine chronische mediale Seitenbandinsuffizienz im Kniegelenk links mit Affektion des medialen Meniskusaufhängeapparats, einen Status nach Kniegelenksdistorsion links vom 25. Februar 2012 beim Fussballspiel, einen Status nach Kniegelenksdistorsion links im März (richtig: Juli) 2011 mit medialer Seitenbandzerrung sowie einen Status nach Distorsion mit Schwellung und Schmerzzuständen im Kniegelenk links zirka 2003. Im Rahmen des Eingriffs führte Dr. med. F._____ eine diagnostische Kniearthroskopie links und eine offene mediale Seitenbandrekonstruktion durch.

3.1.3 In der medizinischen Beurteilung vom 17. August 2012 (act. II 7 S. 4) führte der die Beigeladene 2 beratende Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, aus, der Versicherte habe überwiegend wahrscheinlich eine vorbestehende Insuffizienz des medialen Seitenbandes im linken Kniegelenk. Aufgrund der im Anschluss an das Ereignis vom 25. Februar 2012 erhobenen Befunde lägen keine frischen traumatischen Läsionen am Bandapparat vor, weshalb die Zürich für die behandlungsbedürftigen Kniegelenksbeschwerden ab dem 27. Februar 2012 nur vorübergehend leistungspflichtig sei. Das heisse, der status quo ante sei per 23. April 2012 einzuwenden, darüber hinaus sei aufgrund des dokumentierten Vorzustandes am medialen Seitenband der Vorversicherer leistungspflichtig.

3.1.4 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 17. Juli 2013 (act. II 12) verneinte Dr. med. E._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, einen Kausalzusammenhang zwischen der am 23. Juli 2011 erlittenen Kniedistorsion links und den Beschwerden, aufgrund derer am 24. April 2012 eine Operation durchgeführt wurde. Er hielt fest, bereits am

1. Oktober 2002 sei eine MRI-Untersuchung im linken Knie durchgeführt worden, wobei eine Verdickung und Signalalterationen im Bereich des medialen Seitenbandes, vereinbar mit einem Zustand nach Zerrung, festgestellt worden seien. Aufgrund des Ereignisses vom 24. Juli 2011 hätten Beschwerden im Bereich der Knieaussenseite bestanden. In der klinischen Untersuchung hätten sich eine Druckdolenz im Bereich des äusseren (lateralen) Gelenkspalts sowie fragliche Meniskuszeichen im Aussenmeniskusbereich gezeigt. Eine relative Insuffizienz des medialen Kollateralbandes habe zwar ebenfalls bestanden, von einer damals akuten frischen Zerrung sei jedoch nicht auszugehen, da dabei eine Schmerzhaftigkeit sowie eine Druckdolenz in der Knieinnenseite zu erwarten wäre. Echtzeitlich sei zwar eine Kniedistorsion links diagnostiziert worden, die Hauptpathologie habe jedoch auf der Knieaussenseite und nicht auf der medialen Seite bestanden. Am 25. Februar 2012 habe sich der Versicherte erneut eine Kniedistorsion mit Kollateralbandzerrung Grad 1 zugezogen. Diese sei in der MRI-Untersuchung zusammen mit einem bone bruise lateral nachgewiesen worden. Wegen ausgeprägter Instabilität im Bereich des medialen Seitenbands sei dieses am 24. April 2012 mittels eines operativen Eingriffs rekonstruiert worden. Aufgrund der Aktenlage scheine es so, dass ein Vorzustand aufgrund wiederholter Kniedistorsionen mit Innenbandzerrung vorliege. Es könne jedoch festgehalten werden, dass das Ereignis vom 23. Juli 2011 nicht für die Seitenbandverletzung in Frage komme, da dabei keine Seitenbandzerrung auf der Knieinnenseite stattgefunden habe. Sechs bis acht Wochen nach dem Ereignis könne vom status quo ante ausgegangen werden. Es liege weder eine vorübergehende Verschlimmerung noch eine richtungsweisende Verschlechterung vor. Beim Ereignis vom 23. Juli 2011 sei es zu einer Distorsion der Knieaussenseite gekommen, welche unter konservativer Therapie folgenlos abgeheilt sei.

3.2 Die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 17. Juli 2013 (act. II 12) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiavor). Sie ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind

begründet. Insbesondere hat Dr. med. E. _____ nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, dass es beim Ereignis vom 23. Juli 2011 nicht zu einer medialen Seitenbandzerrung gekommen ist. Nichts daran zu ändern vermag die Tatsache, dass Dr. med. F. _____ im Operationsbericht vom 30. April 2012 (act. I 4) eine ebensolche diagnostiziert hat. Einerseits fehlt es an einer entsprechenden echtzeitlichen Diagnosestellung (vgl. act. II 2), andererseits scheint die Aussage von Dr. med. F. _____ auf den Schilderungen des Beschwerdeführers zu beruhen, hält er doch im Schreiben vom 12. September 2012 (act. II 11 S. 3) fest, er sei in Bezug auf die Unfallursache und den Unfallhergang auf die Anamnese des Patienten angewiesen. Gemäss diesem sei im Rahmen des Unfalles vom März 2011 (richtig: Juli 2011) offenbar zu einer Zerrung des medialen Seitenbandes gekommen. Auf die Einschätzung von Dr. med. E. _____ (act. II 12 S. 8) ist dementsprechend abzustellen. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein Kausalzusammenhang besteht zwischen dem Unfallereignis vom 23. Juli 2011 und den Kniebeschwerden, welche zum operativen Eingriff vom 24. April 2012 geführt haben. Seitens des Beschwerdeführers wird dies denn auch nicht substantiiert bestritten.

Angesichts des Ausgangs der mit heutigem Urteil entschiedenen vereinigten Verfahren UV/2013/784 und UV/2013/820 erübrigt sich die von der Beigeladenen 2 mit Eingabe vom 20. Februar 2014 beantragte Beiladung der AXA Versicherungen AG.

3.3 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. August 2013 (act. II 13) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und damit abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 11. September 2013 ist damit – soweit die Verfahrenskosten betreffend – gegenstandslos und als erledigt abzuschreiben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Das nicht näher begründete Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 11. September 2013 ist, soweit damit die unentgeltliche Verbeiständung im Beschwerdeverfahren beantragt wird, ohne Weiterungen abzuweisen, handelt es sich beim Vertreter des Beschwerdeführers doch nicht um einen Anwalt oder eine Anwältin (Art. 111 Abs. 2 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen, soweit es nicht als erledigt abzuschreiben ist.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Sympany Versicherungen AG
 - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
 - C. _____
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.