

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00005 vom 31. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00005 du 31 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00005 del 31 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weitern durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e).

1.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 30. Juni 2001 gültig gewesenen Fassung). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

1.3 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet.

1.4 Das Dahinfallen jeder unfallkausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.5 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht 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 (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Die Allianz begründete die Leistungseinstellung per Ende Februar beziehungsweise Ende März 2005 im Wesentlichen unter Hinweis auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts Z. ___ vom 24. August 2006 (Urk. 9/54) damit, dass die Hinterhornläsion des medialen Meniskushorns rechts in keinem ursächlichen Zusammenhang zum Unfall vom 24. August 1999 stehe, die Fraktur der Clavicula klinisch und radiologisch einwandfrei verheilt sei und der Beschwerdeführer unter keiner psychischen Störung von Krankheitswert leide (vgl. Urk. 2 S. 7, Urk. 7 S. 6). Die weiterhin geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden seien Ausfluss einer - vorbestehenden - ausgeprägten psychosozialen Problematik (vgl. Urk. 2 S. 8, Urk. 7 S. 7). Sofern die von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts Z. ___ bescheinigte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit überhaupt unfallbedingt sei, beziehe sie sich ausschliesslich auf repetitive und körperlich schwere Überkopparbeiten in der angestammten Tätigkeit. In jeder anderen Tätigkeit bestehe - bereits seit Herbst 2002 - wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 2 S. 8, Urk. 7 S. 9 f.). Auch die Einstellung der Heilungskostenleistungen sei nicht verfrüht erfolgt, sei doch - mangels Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden - schon am 24. September 2002 von weiteren therapeutischen Massnahmen abgesehen worden und insofern von solchen auch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen (vgl. Urk. 2 S. 9, Urk. 7 S. 10).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen - unter Hinweis auf die Beurteilung des behandelnden Internisten (Urk. 3/4) beziehungsweise Psychiaters (vgl. Urk. 3/5) - auf den Standpunkt, er leide noch immer unter therapiebedürftigen und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zeitigenden Unfallfolgen somatischer wie auch psychischer Natur (vgl. Urk. 1 S. 5, S. 9 f.), wobei sich sein Gesundheitszustand in letzter Zeit erheblich verschlechtert habe (vgl. Urk. 1 S. 10). Da die psychische Symptomatik in einem adäquat kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 24. August 1999 stehe, treffe die Beschwerdegegnerin auch diesbezüglich eine Leistungspflicht (vgl. Urk. 1 S. 7 ff.). Aus der faktischen Gebrauchsunfähigkeit des linken Arms und der dauerhaften psychogenen Störung resultiere eine Integritätseinbusse von 50 % (vgl. Urk. 1 S. 9).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Nach der notfallmässigen Hospitalisation am 24. August 1999 wurde der Beschwerdeführer bis am 1. September 1999 stationär im Universitätsspital Y. ___, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, behandelt. Im Austrittsbericht vom 22. Dezember 1999 stellten die Ärzte folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/1 S. 1):

- Einklemmungstrauma:
- Rissquetschwunde am Kinn
- Hals- und Thoraxkontusion

- Geschlossene Claviculafraktur links

Die linke Clavicula sei mit einem Rucksackverband, den der Patient während insgesamt drei bis vier Wochen tragen müsse, ruhig gestellt worden. Danach könne die selbständige Schultermobilisation erfolgen (vgl. Urk. 9/1 S. 1).

Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, gab am 24. April 2000 an, über der Frakturstelle sei eine massive, harte Schwellung von mehreren Zentimetern aufgetreten; das linksseitige Schlüsselbein sei verkrüppelt. Der Patient klage über starke Schmerzen im Bereich der Bruchstelle und des linken Schultergelenks. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/2).

Die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W.____ diagnostizierten am 31. Mai 2000 eine symptomatische Non-union der primär konservativ behandelten linksseitigen Claviculafraktur (vgl. Urk. 9/3).

Die gleichtags durchgeführte radiologische Untersuchung ergab einen Status nach konservativ therapierter Claviculafraktur links, eine Dislokation um zwei Schaftbreiten nach kaudal sowie eine Malunion mit wenig ossärer Konsolidation (vgl. Bericht Universitätsklinik W.____, Radiologie, vom 31. Mai 2000, Urk. 9/4).

Gestützt auf die Ergebnisse der Elektromyographie vom 29. Juni 2000 hielten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W.____ am 30. Juni 2000 fest, klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch beständen weder Hinweise auf eine Armplexusläsion noch auf eine periphere Nervenverletzung im Bereich des linken Arms (vgl. Urk. 9/5 S.2).

Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Orthopädischen Universitätsklinik W.____ vom 26. bis 31. Juli 2000 wurde am 27. Juli 2000 eine Platten-Osteosynthese durchgeführt (vgl. Urk. 9/9, Urk. 9/8). Bis zur sechs Wochen postoperativ vorgesehenen klinischen und radiologischen Kontrolle bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/9).

Am 5. Januar 2001 diagnostizierten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W.____ einen Status nach am 27. Juli 2000 durchgeführter Osteosynthese einer Clavicula-Pseudarthrose links. Die volle Beweglichkeit sei nun wieder erreicht. Der radiologische Befund zeige durchgebaute Verhältnisse mit regelrechter Kallusbildung und unverändert korrekter Lage des Osteosynthesematerials. Ab dem 28. Januar 2001 bestehe wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die lokale Schmerzhaftigkeit würden dem Patienten noch lokal analgetische Massnahmen im Umfang von maximal neun Sitzungen und zur Verbesserung der Muskelkraft eine dreimonatige medizinische Trainingstherapie verordnet (vgl. Urk. 9/16).

In ihrem Bericht vom 23. Juli 2001 (Urk. 9/19) äusserten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W.____ den Verdacht auf ein Ganglion des medialen Meniskus rechts. Der Patient klage seit dem Unfall vom 24. August 1999 über rechtsseitige Knieschmerzen, die sich im Laufe der Zeit verschlechtert hätten. Aktuell träten Schmerzen nach längerem Stehen und Gehen auf, wobei es gemäss dem Beschwerdeführer jeweils auch zu einer Schwellung des rechten Kniegelenks medial komme, die sich im Liegen wieder zurückbilde (vgl. Urk. 9/19 S. 1).

Anlässlich eines weiteren stationären Aufenthaltes in der Orthopädischen Universitätsklinik W.____ vom 12. bis 14. Dezember 2001 wurde am

13. Dezember 2001 die Metallplatte an der linken Clavicula entfernt (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/26). Dem Beschwerdeführer wurde für drei Monate postoperativ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten und Tätigkeiten, die das Tragen von Lasten auf den Schultern beinhalteten, attestiert (vgl. Bericht vom 19. Dezember 2001, Urk. 9/25).

3.8 In ihrem Bericht vom 3. April 2002 (Urk. 9/29) hielten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W. fest, es gehe dem Patienten nach der Metallentfernung viel besser. Wenn die Beschwerden insgesamt auch abgenommen hätten, so persistierten noch immer leichte Schmerzen, die vor allem bei Belastung und in Ruhe auftraten. Auf der linken Seite könne der Beschwerdeführer gut schlafen; eine Arbeitstätigkeit habe er noch nicht wieder aufgenommen. Radiologisch und klinisch sei die Clavicula-Pseudarthrose verheilt (vgl. Urk. 9/29 S. 1). Bis am 21. April 2002 bestehe noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 22. April 2002 sei der Beschwerdeführer wieder zu 50 % arbeitsfähig. Die Behandlung sei abgeschlossen; sofern die Beschwerden nach der Arbeitsaufnahme nicht regredient seien, sei eine Begutachtung angezeigt (vgl. Urk. 9/29 S. 2).

3.9 Gestützt auf das Ergebnis der MRI-Untersuchung vom 9. Juli 2002 stellten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W. am 22. Juli 2002 die Diagnose einer Läsion des medialen Meniskushinterhorns des rechten Knies (vgl. Urk. 9/31). In der Folge nahmen sie am 26. August 2002 eine arthroskopische Teilmenisektomie des Hinterhorns und der Pars intermedia medial rechts vor (vgl. Operationsbericht vom 28. August 2002, Urk. 9/32).

3.10 Betreffend die Claviculaverletzung berichtete Dr. Y. am 11. September 2002, der - zu 100 % arbeitsunfähige - Patient klage nach wie vor über starke Schmerzen bei Belastung. Weiterhin würden, in etwa monatlichen Abständen, Behandlungen statt. Es sei ein bleibender Nachteil in Form persistierender Schmerzen zu erwarten. Wie bereits die Ärzte der Universitätsklinik W. nahegelegt hätten, erscheine eine Begutachtung des Beschwerdeführers angezeigt (vgl. Urk. 9/33).

3.11 Am 24. September 2002 berichteten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik W. über eine deutliche Regredienz der Beschwerden seit der operativen Entfernung des Osteosynthesematerials. Es beständen jedoch - als leicht und diffus beschriebene - Restschmerzen, die nachts, bei kaltem Wetter und beim Arbeiten auftraten. Anzumerken sei hiezu allerdings, dass der Beschwerdeführer lediglich einen sehr kurzen Arbeitsversuch (Heben eines Kartoffelsacks) unternommen habe (vgl. Urk. 9/37 S. 1). Aus orthopädischer Sicht seien weitere therapeutische Massnahmen - zumal sich die angegebenen Beschwerden schwer objektivieren liessen - weder möglich noch indiziert. Zumindest in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit [richtig wohl: 100%ige Arbeitsfähigkeit]. Die Behandlung sei abgeschlossen (vgl. Urk. 9/37 S. 2).

3.12 Nachdem sie vom Beschwerdeführer in der Schmerzsprechstunde vom 30. Juni 2003 konsultiert worden waren, hielten die Ärzte der Klinik V., Anästhesie/Schmerztherapie, am 8. Juli 2003 fest, der Patient leide seit der Operation an - vom linken Schlüsselbein ausgehenden und in die linke Schulter und den Kopf ausstrahlenden - sudeckartigen Schmerzen. Es sei ihm eine medikamentöse Therapie empfohlen worden (vgl. Urk. 9/38)

Am 8. August 2003 gaben die Ärzte der Klinik V.____ an, die Therapie sei - trotz hochdosierter Neurotinabgabe - ohne Effekt geblieben. Nebst einer zusätzlichen Medikation sei dem Patienten eine Behandlung mit Flectorpfleistern verordnet worden (vgl. Urk. 9/39).

3.13 Aufgrund der Computertomographie (CT) vom 8. September 2003 konnte eine regelrechte Frakturkonsolidation festgestellt und eine Pseudarthrose ausgeschlossen werden (vgl. Bericht vom 9. September 2003, Urk. 9/41).

3.14 In ihrem Bericht vom 10. September 2003 (Urk. 9/42) diagnostizierten die Ärzte der Klinik V.____, Ambulatorium Orthopädie, Narbenschmerzen über der Clavicula links bei Status nach osteosynthetisch versorgter Clavicula-Pseudarthrose links. Hauptursache der Schmerzen seien wohl eine gestörte Knochentrophik beziehungsweise Vernarbungen im Bereich der Clavicula. Mangels operativer Optionen zur Verbesserung müsse versucht werden, die Situation des Patienten mittels konservativer Therapie erträglicher zu machen (vgl. Urk. 9/42).

3.15 Die Ärzte der Klinik V.____, Ambulatorium Neurologie, stellten am 30. Oktober 2003 die Diagnose residueller Schmerzen über der Clavicula links bei Status nach osteosynthetisch versorgter Clavicula-Pseudarthrose. Die Ursache der persistierenden Schmerzen sei neurologischerseits unklar. Im Neurostatus ergäben sich weder Hinweise auf eine posttraumatische oder postoperative Nervenverletzung noch Anhaltspunkte für eine Plexussymptomatik beziehungsweise ein Thoracic outlet Syndrom; insbesondere bestehe auch kein klinischer Nachweis eines möglichen posttraumatischen costoclaviculären Schmerzsyndroms. Aus neurologischer Sicht könnten keine Therapieempfehlungen abgegeben werden (vgl. Urk. 9/44 S. 1). Angesichts der Einträge in der Krankengeschichte scheine die Behandlung nicht zuletzt aufgrund mangelnder Compliance des Patienten und wegen Kommunikationsschwierigkeiten keinen wesentlichen Erfolg zu bringen (vgl. Urk. 9/44 S. 1 f.).

3.16 In seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle stellte Dr. Y.____ am 20. Oktober 2004 nachstehende, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnosen (vgl. Urk. 9/46 S. 1):

- Claviculafraktur links am 24. September 1999 [richtig: 24. August 1999]

- konservative Behandlung: Non-reunion

- Osteosynthese wegen Clavicula-Pseudarthrose links am 27. Juli 2000 in der Universitätsklinik W.____

- Plattenentfernung links am 13. Dezember 2001

- noch immer persistierende Schmerzen linke Clavicula und Schultergegend links

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei folgende Diagnose:

- Status nach Hinterhornläsion medialer Meniskus rechts

- arthroskopische Teilmeniskektomie Hinterhorn und Pars intermedia rechts am 26. August 2002

Der Patient leide unter persistierenden Schmerzen in der linken Schulter zwischen Acromion und Jugulum sterni, wobei es bei Temperaturschwankungen, bei Belastungen und beim Heben des linken Armes zur Exazerbation komme. Zudem klage der Beschwerdeführer über Schlaflosigkeit (vgl. Urk. 9/46 S. 1). Die palliative

Schmerzbehandlung müsste weitergeführt werden; bei ausbleibendem Erfolg sei ein erneuter Behandlungsversuch mit Neurontin, allenfalls in Kombination mit Oxycontin, angezeigt. Betreffend die Clavicula links, das Sternoclaviculargelenk links und das - ebenfalls linksseitige - bereits arthrotisch veränderte Acromio-Claviculargelenk müsste eine Nachkontrolle durchgeführt werden; bei weiterer Progredienz der Befunde sei allenfalls eine Lokalthherapie sinnvoll (vgl. Urk. 9/46 S. 2).

Am 1. Dezember 2004 gab Dr. Y. ___ an, die Behandlung im Zusammenhang mit der persistierenden Schmerzsymptomatik, die sich bei Temperaturwechsel und Belastung intensiviere, werde voraussichtlich noch mehrere Monate dauern. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 9/48).

In seiner Beurteilung vom 2. Dezember 2004 (Urk. 9/47) hielt Dr. Y. ___ fest, eine AC-Gelenksresektion erscheine nicht erfolgversprechend; die durchgeführte Neuraltherapie habe keine wesentliche Besserung gebracht. Aufgrund der Schmerzsymptomatik sei es dem Patienten nicht möglich, seine manuelle Tätigkeit als Schaustellergehilfe wieder aufzunehmen. Auch den begonnenen Sprachkurs habe der Beschwerdeführer schmerzbedingt abbrechen müssen (vgl. Urk. 9/47).

Die Ärzte der Klinik V. ___, Ambulatorium Orthopädie, stellten am 10. Februar 2005 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 9/49):

- Unklares Schmerzsyndrom über der Clavicula links bei
- Status nach osteosynthetisch versorgter Clavicula-Pseudarthrose links (auswärts)

Weder die radiologische noch die computertomographische Untersuchung habe ein anatomisches Substrat ergeben, das die vom Patienten geäußerten Beschwerden erklärte. Insofern beständen auch keine operativen Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation. Die körperlichen Untersuchungen hätten keine Ergebnisse gezeitigt, aufgrund derer es sich rechtfertigte, eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Aus orthopädischer Sicht bestehe daher eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 9/49).

In ihrem Bericht vom 22. Februar 2005 (Urk. 9/50) verneinten die Ärzte der Klinik V. ___, Ambulatorium Neurologie, nachdem sie den Beschwerdeführer am 9. Februar 2002 neurologisch und schulterorthopädisch untersucht beziehungsweise untersuchen lassen hatten, das Vorliegen einer sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnose. Der Patient leide unter einem - die Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigenden - unklaren Schmerzsyndrom über der Clavicula links bei Status nach osteosynthetisch versorgter Clavicula-Pseudarthrose links nach Claviculafraktur am 24. August 1999. Schon bei der letzten Konsultation vom 30. Oktober 2003 habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden, betreffend eine allfällig vor diesem Zeitpunkt bestehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit könnten keine Angaben gemacht werden.

Dr. Y. ___ berichtete am 19. Oktober 2005 von einer weiterhin anhaltenden Schmerzsymptomatik. Unfallfremde Faktoren lägen keine vor. Seit dem 24. August 1999 und bis auf Weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei mit einem bleibenden Nachteil in Form eines Persistierens der Schmerzen zu rechnen (vgl. Urk. 9/53).

Vom 3. bis 6. Juli 2006 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes von den Ärzten des Begutachtungsinstituts Z. ___

polydisziplinär untersucht. In ihrem Gutachten vom 24. August 2006 (Urk. 9/54) stellten sie nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 9/54 S. 28):

- Status nach Claviculafraktur links nach Arbeitsunfall vom 24. August 1999
- Status nach Pseudarthrose der Claviculafraktur links, Status nach Plattenosteosynthese im Juli 2000 und Status nach Plattenentfernung im Dezember 2001

- Persistierendes Schmerzsyndrom linke Clavicula (Verdacht auf Narbenschmerz)

Die - bei psychosozialer Belastungssituation - angegebenen Schmerzen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 9/54 S. 29).

Unfallfremd seien folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/54 S. 29):

- Status nach Hinterhornläsion medialer Meniskus rechtes Knie mit
- Status nach arthroskopischer Teilmenisektomie rechts im August 2002

Insgesamt könnten die residuellen subjektiven Beschwerden somatisch nicht objektiviert werden. Allenfalls seien sie mit Narbenschmerzen zu erklären; zu vermuten sei aber eine zusätzliche funktionelle Komponente im Sinne einer psychogenen Schmerzausweitung (vgl. Urk. 9/54 S. 28). Während die somatische Gesundheitsstörung unfallbedingt sei, sei das Ereignis vom 24. August 1999 nur mögliche Ursache der geltend gemachten psychischen Störung. Es beständen diverse unfallfremde Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirkten. So sei der Aufenthaltsstatus des von einem serbisch dominierten Gericht wegen eines Verkehrsdelikts unschuldig zu einer dreimonatigen Freiheitsstrafe verurteilten und in der Folge - kurz vor dem am 24. August 1999 erlittenen Unfall - als Asylant aus Kosovo in die Schweiz eingereisten albanisch-stämmigen Exploranden noch nicht klar. Hinzu komme, dass dieser seit seiner Einreise in die Schweiz getrennt von seiner Frau und den vier Kindern lebe. Ebenfalls negativ auf das Befinden des Beschwerdeführers wirke sich aus, dass dieser keinen Beruf erlernt habe und fürsorgeabhängig sei (vgl. Urk. 9/54 S. 29). Diese schwierige, aussichtslose und - objektiv - unsichere Situation präge die Schmerzverarbeitung; angesichts der dargelegten Umstände sei dabei ein gewisser sekundärer Krankheitsgewinn anzunehmen und aus menschlicher Sicht auch verständlich (vgl. Urk. 9/54 S. 29 f., S. 37).

In der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Schaustellgeschäft sei der Beschwerdeführer nur bei repetitiven und körperlich schweren Überkopparbeiten eingeschränkt (vgl. Urk. 9/54 S. 30). In jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne dauernde schwere Überkopparbeiten bestehe seit September 2002 weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 9/54 S. 30 f., S. 32, S. 35). Einziger Grund für eine allenfalls bestehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit seien die Schmerzattacken, die wohl als Narbenschmerzen zu interpretieren seien und denen keine anatomisch beziehungsweise orthopädisch bedingte strukturelle Deformation zugrunde liege (vgl. Urk. 9/54 S. 32).

In Bezug auf die Funktion des linken Schultergelenks sei der Endzustand erreicht; die Muskulatur sei sehr gut entwickelt und die Funktion des Schultergelenkes vollkommen adäquat. Physiotherapeutische Massnahmen seien keine angezeigt (vgl. Urk. 9/54 S. 33 f.). Betreffend die noch persistierenden Schmerzen falle eine

Neuraltherapie oder eine Schmerztherapie mit einem TENS-Gerät in Betracht. Auf die - in einer geeigneten Tätigkeit ohnehin schon uneingeschränkte - Arbeitsfähigkeit werde sich dies nicht auswirken. Auch sei nicht zu erwarten, dass eine psychiatrische Behandlung eine wesentliche Besserung des Schmerzzustands brächte, werde dieser doch vorwiegend durch die zahlreichen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren unterhalten. Dass die bisher erfolgte medikamentöse antidepressive Therapie weder subjektiv noch objektiv einen Erfolg gezeitigt habe, erstaune angesichts des Umstands, dass der Explorand nicht unter einem depressiven Syndrom leide, nicht. Eine Beruhigung des Zustands (Nervosität) könne allenfalls durch eine Behandlung mit Schlaf- respektive Beruhigungsmitteln erzielt werden, diesbezüglich sei allerdings Zurückhaltung angezeigt (vgl. Urk. 9/54 S. 33). Eine somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden (vgl. Urk. 9/54 S. 35). Der Unfall habe keine Integritätseinbuße gezeitigt (vgl. Urk. 9/54 S. 34).

Der Explorand zeige eine deutliche Überzeugung, behindert zu sein, sei stark beeindruckt von seinen Schmerzen und auf die subjektiven Schmerzen im linken Schulterbereich fixiert (vgl. Urk. 9/54 S. 36 f.). Bei verschiedenen untersuchenden Ärzten und im Beisein einer Dolmetscherin sei insofern ein inkonstantes Verhalten offensichtlich geworden, als der Beschwerdeführer manchmal klinisch motiviert und adäquat, dann aber wiederum sehr klagsam und selbstlimitierend gewirkt habe. Auch mache dieser widersprüchliche Angaben, indem er sich zwar einerseits für arbeitsfähig halte, sich aber andererseits gleichzeitig - unter Hinweis auf Schmerzen - ausserstande erkläre, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Die Art der Schmerzverarbeitung und die Copingmechanismen seien vor dem Hintergrund transkultureller Faktoren und einer einfach strukturierten Persönlichkeit zu sehen (vgl. Urk. 9/54 S. 37).

Dr. med. Z. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in seinem - undatierten - Bericht (Urk. 3/5) an, der Beschwerdeführer, der seit 1. März 2006 bei ihm in Behandlung stehe, befinde sich seit längerem nicht nur in einer unübersichtlichen rechtlichen, sondern auch in einer angespannten gesundheitlichen Lage. Das Gedächtnis und die Orientierungsfähigkeit seien getrübt, die Vitalgefäße gedämpft. Der Patient leide unter körperlich erlebter Nervosität und unter Stress beziehungsweise einer allgemeinen Unsicherheit und - damit einhergehend - hartnäckigen Schlafproblemen. Aus psychologischer Sicht stehe die Kognition im Vordergrund; der Zustand des Beschwerdeführers werde durch negative Gedanken (nicht bewältigbare Zukunft, völlig unsichere Lage) bestimmt. Aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes und der - damit konsistenten - erlebten Ohnmacht und empfundenen Trauer sowie der Verhaltensauffälligkeiten sei die Diagnose eines depressiven Syndroms (ICD-10 F43.21) infolge eines traumatischen Geschehens und dessen psychosozialen Folgestörungen zu stellen. Die Fortführung der Behandlung sei dringend angezeigt; aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 4

4.1 Soweit die Leistungseinstellung der Allianz per Ende Februar beziehungsweise März 2005 (vgl. Urk. 2) die Kniebeschwerden (vgl. Urk. 9/19, Urk. 9/31) respektive eine allfällig diesbezüglich noch erforderliche Heilbehandlung und/oder eine dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit betraf, war sie ohne Weiteres rechtens. Einerseits ist nämlich nicht dokumentiert, dass der Unfall vom 24. August 1999 auch eine Verletzung der unteren Extremitäten gezeitigt hätte (vgl. insbesondere Bericht

Universitätsspital Y.____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, vom 22. Dezember 1999, Urk. 9/1), und andererseits erscheint eine derartige - von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts Z.____ explizit verneinte (vgl. Urk. 9/54 S. 29) - Kausalität auch angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer erstmals am 19. Juli 2001 und damit nach einer beinahe zweijährigen Latenzzeit über - seit dem fraglichen Ereignis bestehende - Schmerzen klagte (vgl. Bericht Orthopädische Universitätsklinik W.____ vom 23. Juli 2001, Urk. 9/19 S. 1), als äusserst unwahrscheinlich.

4.2. Was die - einzig vom behandelnden Psychiater Dr. Z.____ festgestellte (vgl. Urk. 3/5) und von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts Z.____ ausdrücklich negierte (vgl. Urk. 9/54 S. 33) - Diagnose eines depressiven Syndroms im Sinne von ICD-10 F43.21 betrifft, erübrigen sich weitere Erörterungen betreffend dessen tatsächliches Vorliegen. Einerseits erscheint eine Ursächlichkeit des Unfalls vom 24. August 1999 für die fragliche psychische Störung angesichts des Behandlungsbeginns im März 2006 (vgl. Urk. 3/5) und der damit rund sechseinhalbjährigen Latenzzeit schon aufgrund der zeitlichen Gegebenheiten als nicht überwiegend wahrscheinlich, und andererseits ist aus Dr. Z.____s undatierter Beurteilung (Urk. 3/5) zu schliessen, dass dieser die darin attestierte Depression nicht auf das Unfallereignis, sondern vielmehr auf die diversen - auch in den weiteren medizinischen Berichten immer wieder erwähnten - ungünstigen psychosozialen Faktoren zurückführte. So sah der behandelnde Psychiater den Grund des diagnostizierten depressiven Syndroms in einem "traumatischen Geschehen und dessen psychosozialen Folgestörungen". Die sich auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auswirkenden psychosozialen Faktoren bestehen insbesondere in der Unsicherheit betreffend dessen Bleiberecht in der Schweiz, der jahrelangen Trennung von Frau und Kindern, dem Fehlen einer Berufsausbildung sowie der finanziellen Abhängigkeit von der Sozialhilfe (vgl. Urk. 9/2, Urk. 9/11; Urk. 9/13; Urk. 9/44 S. 1; Urk. 9/54 S. 21 f., S. 24 f., S. 27, S. 29, S. 33 und S. 37; Urk. 3/5; Urk. 9/A5 S. 2), mithin in einer Problematik, die in einem ursächlichen Zusammenhang nicht zum Unfall, sondern zur Flucht des Beschwerdeführers aus Kosovo steht. Darin ist denn auch das von Dr. Z.____ nicht näher umschriebene und gemäss diesem die psychische Störung auslösende "traumatische Ereignis" (vgl. Urk. 3/5) zu sehen. Dies ergibt sich im übrigen auch aus den Angaben des Beschwerdeführers selbst, hielt dieser gegenüber den Experten des Begutachtungsinstituts Z.____ doch fest, dass er sich wegen der ihn belastenden Situation, mit seiner gesundheitlich angeschlagenen Frau und den mit dieser in Kosovo lebenden vier Kindern lediglich telefonischen Kontakt haben zu können, in psychiatrische Behandlung begeben habe (vgl. Urk. 9/54 S. 22).

4.3. Was die vom Beschwerdeführer noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Allianz per Ende Februar beziehungsweise März 2005 (vgl. Urk. 2, Urk. 8/66) hinaus im Zusammenhang mit der Claviculafraktur geklagten Schmerzen betrifft, gingen - mit Ausnahme des Hausarztes Dr. Y.____ - alle behandelnden und begutachtenden Ärzte davon aus, dass den noch angegebenen Beschwerden kein organisches Substrat zugrunde liege (vgl. Berichte Orthopädische Universitätsklinik W.____ vom 3. April 2002 [Urk. 9/29 S. 1] und vom 24. September 2002 [Urk. 9/37 S. 2], CT-Bericht vom 9. September 2003 [Urk. 9/41], Bericht Klinik V.____, Ambulatorium Neurologie, vom 30. Oktober 2003 [Urk. 9/44 S. 1], Bericht Klinik V.____, Ambulatorium Orthopädie, vom 10. Februar 2005 [Urk. 9/49], Gutachten des Begutachtungsinstituts Z.____ vom 24. August 2006 [Urk. 9/54 S. 28, S. 32]). Nicht zu überzeugen vermag die -

im Widerspruch zur Beurteilung sÄmmtlicher Rheumatologen und Neurologen stehende und sich auf keine entsprechende bildgebende Untersuchung stÄtzende - Beurteilung von Dr. Y.____ vom 20. Oktober 2004 (Urk. 9/46), der die Schmerzen des BeschwerdefÄhrrers - ohne dies zu begrÄnden - in Zusammenhang mit einer arthrotischen VerÄnderung des Acromio-Claviculargelenks brachte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der radiologisch und klinisch verheilten Clavicula-Pseudarthrose schlossen die Ärzte der OrthopÄdischen UniversitÄtsklinik W.____ die Behandlung bereits am 3. April 2002 ab (vgl. Urk. 9/29 S. 1) und bestÄtigten das Fehlen noch behandlungsbedÄrftiger Beschwerden am 24. September 2002, indem sie festhielten, dass weitere Therapien weder mÄglich noch indiziert seien (vgl. Urk. 9/37 S. 2). Zwar wurde in der Folge noch eine medikamentÄse Schmerztherapie durchgefÄhrt, diese brachte jedoch keinen Erfolg (vgl. Berichte Klinik V.____, AnÄsthesie/Schmerztherapie, vom 8. Juli 2003 [Urk. 9/38] und vom 8. August 2003 [Urk. 9/39]). Einen weiteren Behandlungsbedarf sahen - nachdem eingehende Untersuchungen keinen neurologischen Befund ergeben hatten, der die geklagten Schmerzen zu erklÄren vermocht hÄtte - am 30. Oktober 2003 auch die Ärzte der Klinik V.____, Ambulatorium Neurologie, nicht (vgl. Urk. 9/44 S. 1). GemÄss der Expertise des Begutachtungsinstituts Z.____ vom 24. August 2006 schliesslich war der Endzustand betreffend die Funktion des linken Schultergelenks im Zeitpunkt der Begutachtung anfangs Juli 2006 erreicht. Die von den Ärzten des Begutachtungsinstituts Z.____ noch in Betracht gezogene medikamentÄse Behandlung mit Schlaf- beziehungsweise Beruhigungsmitteln (vgl. Urk. 9/54 S. 33) ist im Zusammenhang mit den bestehenden ungÄnstigen psychosozialen Faktoren beziehungsweise der daraus resultierenden NervositÄt des BeschwerdefÄhrrers (vgl. Urk. 9/54 S. 22, S. 33) und nicht mit noch vorhandenen Unfallfolgen zu sehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein Äber den 31. MÄrz 2005 hinaus bestehender Anspruch auf Äbernahme von Heilbehandlungskosten lÄsst sich auch aus der Beurteilung des Hausarztes des BeschwerdefÄhrrers, der noch von einer - unfallbedingt (vgl. Urk. 9/53) - weiterhin erforderlichen Schmerztherapie ausging, nicht herleiten. Einerseits vermag Dr. Y.____s EinschÄtzung schon insofern nicht zu Äberzeugen, als dieser sich - anders als die weiteren Ärzte - darin nicht auf objektive Befunde, sondern ausschliesslich auf die Schmerzangaben des Patienten stÄtzte, andererseits geht auch aus seinen Berichten (vgl. Urk. 9/33, Urk. 9/46, Urk. 9/47, Urk. 9/48, Urk. 9/53) klar hervor (und wurde Äberdies vom BeschwerdefÄhrrer anerkannt [vgl. Urk. 1 S. 5]), dass schon seit langem kein therapeutischer Erfolg mehr eingetreten war respektive die noch durchgefÄhrtete Therapie palliativen Charakter habe (vgl. Urk. 9/46 S. 2), was ebenfalls Grund zur Einstellung der Heilbehandlungsleistungen geboten hÄtte (vgl. dazu Art. 19 Abs. 1 UVG).

4.4Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entgegen den AusfÄhrungen des BeschwerdefÄhrrers (vgl. Urk. 1 S. 5) ist sodann nicht davon auszugehen, dass dieser infolge des Unfalls vom 24. August 1999 noch Äber den 28. Februar 2005 hinaus in seiner LeistungsfÄhigkeit eingeschrÄnkt war. So bescheinigten die Ärzte der OrthopÄdischen UniversitÄtsklinik W.____, nachdem sie am 13. Dezember 2001 das Osteosynthesematerial an der linken Clavicula entfernt hatten (vgl. Urk. 9/25), ab dem 22. April 2002 wieder eine 50%ige (vgl. Bericht vom 3. April 2002, Urk. 9/29 S. 2) und in ihrer Beurteilung vom 24. September 2002 - zumindest in einer leichten bis mittelschweren TÄtigkeit - wieder eine 100%ige ArbeitsfÄhigkeit (vgl. Urk. 9/37 S. 2).

Bestätigt wurde diese Auffassung in der Folge am 10. Februar 2005 von den Orthopäden der Klinik V. ____, die dem Beschwerdeführer eine - in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht - uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierten (vgl. Urk. 9/49). Aus dem Bericht der Ärzte der Klinik V. ____, Ambulatorium Neurologie, vom 30. Oktober 2003 (Urk. 9/44) geht sodann klar und aus demjenigen vom 22. Februar 2005 (Urk. 9/50) gar explizit hervor, dass auch aus neurologischer Sicht keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Befunde erhoben werden konnten. Im Einklang mit diesen Beurteilungen gelangten die Gutachter des Begutachtungsinstituts Z. ____, am 24. August 2006 nach Kenntnisnahme der medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 9/54 S. 1-10) und nach eingehenden internistischen (vgl. Urk. 9/54 S. 13 f.), orthopädischen (vgl. Urk. 9/54 S. 15 f.), neurologischen (vgl. Urk. 9/54 S. 18 f.) und psychiatrischen Untersuchungen (vgl. Urk. 9/54 S. 23 f.) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer - unter Berücksichtigung sowohl der somatischen als auch der psychischen Befunde - spätestens seit September 2002 in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne dauernde schwere Überkopfarbeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Aus den weiteren Ausführungen der Experten ist zu schliessen, dass ab Herbst 2002 im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. August 1999 nicht nur in einer behinderungsangepassten, sondern in jeder Arbeitstätigkeit wieder eine unbeeinträchtigte Arbeitsfähigkeit bestand. Einerseits wiesen die Ärzte des Begutachtungsinstituts Z. ____, nämlich darauf hin, dass als Grund für eine - allfällig vorhandene - Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit einzig die vom Beschwerdeführer angegebenen und wohl als Narbenschmerzen zu interpretierenden Schmerzattacken in Betracht fielen, wobei diesen keine objektivierbare somatische Ursache zugrunde liege (vgl. Urk. 9/54 S. 32). Andererseits hielten die Experten des Begutachtungsinstituts Z. ____, wiederholt fest, dass die Schmerzsymptomatik - zumindest vorwiegend - durch die erheblichen psychosozialen Faktoren unterhalten (vgl. Urk. 9/54 S. 27, S. 33) beziehungsweise dass die Schmerzverarbeitung und -wahrnehmung durch die schwierigen Lebensumstände geprägt werde, wobei ein selbstlimitierendes und teilweise widersprüchliches Verhalten des Beschwerdeführers auffalle (vgl. Urk. 9/54 S. 29 f., S. 37). Entsprechend erwarteten denn die Ärzte des Begutachtungsinstituts Z. ____, auch weder von einer Neural- oder Schmerztherapie mit TENS-Gerät noch von einer psychiatrischen Behandlung eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Besserung (vgl. Urk. 9/54 S. 33).

Dass der Hausarzt Dr. Y. ____, davon ausging, dass unfallbedingt noch über den 28. Februar 2005 hinaus eine - vollständige - Arbeitsunfähigkeit bestehe (vgl. Bericht vom 19. Oktober 2005 [Urk. 9/53], Unfallschein [Urk. 3/4]), vermag nicht nur angesichts der Tatsache, dass sämtliche weiteren mit der Behandlung der geklagten somatischen Beschwerden befassten Ärzte gegenteiliger Auffassung waren, sondern auch in Anbetracht des Umstandes, dass Dr. Y. ____, die von ihm bescheinigte Arbeitsunfähigkeit nicht etwa mit objektivierbaren pathologischen Befunden, sondern einzig mit den vom Patienten geklagten Beschwerden begründete (vgl. Urk. 9/53, Urk. 9/48, Urk. 9/47, Urk. 9/46), nicht zu überzeugen.

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer behaupteten vor kurzem eingetretenen Verschlechterung seines Gesundheitszustands bleibt anzumerken, dass aufgrund der medizinischen Akten nicht davon auszugehen ist, dass es vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 6. Oktober 2006 (Urk. 2) zu einer erheblichen Verschlimmerung gekommen ist und eine derartige Verschlechterung gegebenenfalls -

sofern und soweit sie sich denn auf unfallbedingte somatische Beschwerden beziehen - nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen, sondern im Rahmen von Spätfolgen des Unfalls vom 24. August 1999 beziehungsweise eines Rückfalls dazu neu bei der Allianz geltend zu machen wäre (zur zeitlichen Grenze der Überprüfungsbefugnis vgl. BGE 121 V 362 Erw. 1).

4.6 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass aus dem Ereignis vom 24. August 1999 keine gesundheitliche Schädigung psychischer Natur resultierte und der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit den somatischen Unfallfolgen jedenfalls ab dem 1. März 2005 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig und spätestens ab dem 1. April 2005 nicht mehr behandlungsbedürftig war. Über den 28. Februar 2005 beziehungsweise den 31. März 2005 hinaus besteht daher weder ein Anspruch auf Übernahme von Heilbehandlungsleistungen noch ein solcher auf weitere Taggelder oder eine Invalidenrente. Weil zudem kein Arzt eine Integritätseinbusse zeitigende unfallkausale Körpererschädigung feststellen konnte, ist auch nicht zu beanstanden, dass die Allianz die Leistungseinstellung verweigerte, ohne dem Beschwerdeführer eine entsprechende Entschädigung zuzusprechen. Die Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet.

E. 5

5.1 Mit Eingabe vom 8. Februar 2007 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer das Formular 'Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung' (Urk. 11) sowie eine (Kranken-)Versicherungs- (Urk. 12/2) und eine Unterstützungsbestätigung (Urk. 12/3) der Asyl-Organisation B. ein. Da seine Bedürftigkeit damit ausgewiesen ist, der Prozess nicht als aussichtslos bezeichnet werden kann und sich die anwaltliche Verbeiständung angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer selbst rechtsunkundig ist und ein erhebliches Interesse am Ausgang dieses Verfahrens hat, rechtfertigte, ist ihm - antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2, S. 10 f.) - die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (vgl. BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

5.2 Mit Honorarnote vom 21. Oktober 2008 (Urk. 15) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 450 Minuten und Barauslagen im Betrag von Fr. 62.-- geltend. Der verrechnete Zeitaufwand erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 62.-- (je zusätzlich Mehrwertsteuer) ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 1'680.70 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bewilligung des Gesuchs vom 8. Januar 2007 wird dem Beschwerdeführer in der Person von Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer und sein Vertreter werden auf Art. 92 der Zivilprozessordnung aufmerksam gemacht.

und erkennt sodann:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, wird mit Fr. 1'680.70 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg
- Allianz Suisse Leben
- Bundesamt für Gesundheit
- Helsana Versicherungen AG

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.