

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00286 vom 28. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00286

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00286 du 28 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00286 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Das Gericht stellte in seinem Urteil vom 30. März 2005 fest, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 12. Oktober 2001 eine Kontusion der linken Schulter erlitten hatte und dass in der Folge eine frozen shoulder entstanden war. Die Funktionalität der Schulter besserte sich zwar, der Beschwerdeführer klagte trotzdem weiterhin über Sensibilitätsstörungen im linken Arm und in den Fingern der linken Hand. Das Gericht stellte fest, dass es für die Annahme der SUVA, die Unfallkausalität der Beschwerden sei nicht mehr gegeben, keine genügenden Hinweise in den medizinischen Akten gebe. Es befand, dass über die Frage einer andauernden Leistungspflicht über den 1. März 2004 hinaus nicht entschieden werden könne, und verlangte weitere medizinische Abklärungen. In der Folge anerkannte die SUVA nach einer Untersuchung bei Kreisarzt Dr. B. ___ eine fortdauernde Leistungspflicht für diesen Unfall. Im Einspracheentscheid vom 11. August 2008 stellte sie die Leistungen gestützt auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr. E. ___ vom 15. Mai 2006 per 29. Februar 2008 ein (Urk. 2 S. 7).

Das Was die Folgen des zweiten Unfalles anbelangt, so vermochte die Beschwerdegegnerin keine somatischen Ursachen für die geklagten Halswirbelsäulenbeschwerden auszumachen. Sie erachtete vielmehr die im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden als verantwortlich für die Beeinträchtigungen, deren Adäquanz zum Unfall sie jedoch verneinte und deshalb die Leistungen auch für diesen Unfall per 29. Februar 2008 einstellte. Sie verneinte auch einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und eine Rente (Urk. 2 S. 12).

1.2 Der Beschwerdeführer rügt, die Beschwerdegegnerin habe dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts nicht entsprochen. Sie habe kein Gutachten eingeholt, wohingegen das Gutachten der MEDAS den Auflagen des Gerichts entspreche. Es gehe daraus hervor, dass er an unfallkausalen somatischen und psychischen Folgen leide. Nur schon aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen, die unfallkausal seien, ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 16 S. 2), zusätzlich der psychischen Beeinträchtigungen, die adäquat kausal seien, ein solcher von 60 % (Urk. 1 S. 8). In Anlehnung an das MEDAS-Gutachten erweise sich ein Integritätsschaden von 30 % beziehungsweise von 50 % als richtig (Urk. 1 S. 10).

Die Beschwerdegegnerin hält dem in der Beschwerdeantwort entgegen, eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe nur aus unfallfremden Gründen. Aus der Sicht der Unfallversicherung sei der Versicherte in seiner ursprünglichen Tätigkeit wieder vollständig arbeitsfähig (Urk. 9 S. 10).

E. 2

2.1 Die Festlegung des Anfechtungsgegenstandes beurteilt sich nicht ausschliesslich aufgrund des effektiven Inhalts einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids. Wohl bilden zunächst diejenigen Rechtsverhältnisse Teil des Anfechtungsgegenstandes, über welche die Verwaltung in der Verfügung tatsächlich eine Anordnung getroffen hat. Zum beschwerdeweise anfechtbaren Verfügungsgegenstand gehören aber auch jene Rechtsverhältnisse, hinsichtlich deren es die Verwaltung zu Unrecht unterlassen hat, verfügungsweise zu befinden. Dies ergibt sich aus dem Untersuchungsgrundsatz und dem Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen, welche für das Verwaltungsverfahren in der Unfallversicherung massgeblich sind (BGE 116 V 26 Erw. 3c mit Hinweis; unveröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 28. November 1994, U 150/94, Erw. 2b). Die Abklärspflicht des Sozialversicherers erstreckt sich auf die nach dem Sachverhalt und der Aktenlage im Bereich des Möglichen liegenden Leistungen. Insoweit trifft ihn auch eine Verfügungspflicht (BGE 111 V 264 Erw. 3b).

2.2 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). 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). Mit dem Entscheid über die Invalidenrente wird über die Integritätsentschädigung befunden. Besteht kein Rentenanspruch, wird darüber bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung entschieden (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 entfielen (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).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden

Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.4. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 360 Erw. 4a und 376 Erw. 3a, 115 V 142 Erw. 8b mit Hinweisen). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. November 2004 in Sachen G., U 183/04).

2.5. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 Erw. 2, 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b mit Hinweisen).

2.6. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt nebst einem natürlichen auch einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus. Liegt eine Gesundheitsschädigung mit einem klaren organischen Substrat vor, kann der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres zusammen mit dem natürlichen Kausalzusammenhang bejaht werden. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden. Hier lässt sich die Adäquanzfrage nicht ohne eine besondere Prüfung beantworten. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft

(sog. Psycho-Praxis), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (sog. Schleudertrauma-Praxis; zum Ganzen: BGE 134 V 112 Erw. 2.1 mit Hinweisen). Die Kriterien nach der mit BGE 117 V 359 begründeten Schleudertrauma-Praxis wurden mit BGE 134 V 109 teilweise modifiziert. Demgegenüber blieben die Kriterien nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) unverändert (vgl. BGE 134 V 116 Erw. 6.1 und Erw. 10.3).

3. Die Beschwerdegegnerin beurteilte in der Verfügung vom 30. Januar 2008 den Fortbestand ihrer Leistungspflicht aus den Unfällen vom 12. Oktober 2001 und vom 27. Oktober 2004 (Urk. 10/I/121). Ausdrücklich per 29. Februar 2008 eingestellt hat sie dabei hinsichtlich des Unfalles vom 12. Oktober 2001 zwar einzig die Heilbehandlungen. Anders als bei den Folgen des Unfalles vom 27. Oktober 2004, wo sie in der Verfügung die Heilbehandlungen und Taggelder einstellte sowie einen Rentenanspruch und einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ausdrücklich verneinte, äusserte sie sich hinsichtlich dieser beiden letztgenannten Leistungsansprüche mit Bezug auf den ersten Unfall nicht. Die Einsprache gegen diese Verfügung, mit der der Versicherte aus beiden Unfällen eine Rente und eine Integritätsentschädigung beantragte (Urk. 10/I/132), wies die Beschwerdegegnerin ab (Urk. 2). Indem die Beschwerdegegnerin in der Verfügung hinsichtlich des ersten Unfalls jedoch ausdrücklich festhielt, der Fall sei, was die Unfallfolgen anbelange, per 29. Februar 2008 abzuschliessen, wäre sie gehalten gewesen, gleichzeitig auch explizit über einen Rentenanspruch und eine Integritätsentschädigung zu befinden. Dass sie beabsichtigt, dies noch zu tun, geht aus den Akten nicht hervor und wird seitens der Beschwerdegegnerin im Prozess auch nicht vorgebracht; vielmehr lässt sie nur die Abweisung der Beschwerde beantragen (Urk. 9). Demzufolge ist auf die Beschwerdeanträge vollumfänglich einzutreten und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 29. Februar 2008 die Heilbehandlungen eingestellt und einen Anspruch auf Ausrichtung einer Rente und einer Integritätsentschädigung verneint hat.

E. 4

4.1 Beim Raubüberfall vom 27. Oktober 2004 prallte der Beschwerdeführer, nachdem er von einem Täter einen Schlag von hinten auf den Rücken erhalten hatte, nach vorne gegen einen Rollgitterbehälter. Er wurde im Nacken gehalten an das Gitter gepresst, danach wurden seine Hände auf den Rücken gefesselt und er wurde gegen eine Wand gedrückt, bis ihm schliesslich von der Täterschaft die Fresse weggezogen wurden und er auf den Boden zu liegen kam (Urk. 10/I/5). Er klagte bei der Untersuchung im Y. über starke beidseitige Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern, Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit, weiter über Thorax- und Brustwirbelschmerzen und über eine Angst- und Schreckreaktion. Es fanden sich eine schmerzhaft eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit, jedoch bildgebend nachgewiesen gab es keine ossären Läsionen. Die Ärzte diagnostizierten eine Halswirbelsäulendistorsion und eine Kontusion des Thorax (Urk. 10/I/3). Der Versicherte wurde mit Akupunktur und Physiotherapie behandelt. Von einem zudem erlittenen schweren psychischen Schock berichtete die Hausärztin Dr. Z. am 3. Januar 2005 (Urk. 10/I/9). Dr. A. berichtete am 9. April 2005 über flashbacks des Versicherten hinsichtlich des Überfalls, eine erhöhte Vigilanz, Ein- und Durchschlafstörungen und

ein Vermeidungsverhalten und diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung, depressive Symptome und Angstsymptome (Urk. 10/I/29). Therapiert wurde der Versicherte mit einer regelmässigen Psychotherapie und mit Medikamenten.

4.2 Anlässlich der Untersuchung bei Kreisarzt Dr. B. ___ am 14. Juli 2005 klagte der Versicherte über Rückenschmerzen zwischen den Schulterblättern, über Schmerzen im Nacken und an der rechten Schulter sowie über Hinterkopfschmerzen. Weiter habe er immer noch Gefühlsstörungen am linken Daumen und in den Fingern IV und V, ausstrahlende Schmerzen vom Handgelenk her über den Vorderarm bis zum Ellbogen. Der Kreisarzt führte die Nackenschmerzen, die okzipitalen Kopfschmerzen, Verspannungen und paravertebralen Schmerzen zwischen den Schulterblättern und die Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter auf die beim Überfall erlittene Halswirbelsäulendistorsion zurück und empfahl hinsichtlich der Sensibilitätsstörungen und der gefundenen Verdichtung am linken Oberarm eine neue neurologische Untersuchung (Urk. 10/I/38). Der Neurologe PD Dr. D. ___ vermochte am 23. Dezember 2005 auf der linken Seite eine sensible radikuläre Störung im Dermatome C6 distal auszumachen, die die gleiche sei wie anlässlich der Untersuchung im Jahr 2002. Neu sei eine Sensibilitätsstörung am medialen Oberarm links, deren Ursache nicht ganz klar sei, es sei möglich, dass es eine Kontusionsfolge des Unfalls von 2004 sei. Für die deutliche Schmerzhaftigkeit im Grundgelenk des linken Daumens dürfte eine Arthrose verantwortlich sein (Urk. 10/I/64/2). Mit Sicherheit eine Folge des zweiten Unfalles seien die Nackenschmerzen und die deutlichen okzipitalen Kopfschmerzen. An der Schulter links seien keine motorischen Ausfälle festzustellen, es bestehe eine rein mechanische Behinderung (Urk. 10/I/64/3).

4.3 Kreisarzt Dr. E. ___ kam nach einer Untersuchung des Versicherten in seinem Bericht vom 15. Mai 2006 zum Schluss, die aus dem Unfall vom 12. Oktober 2001 resultierende frozen shoulder bestehe nicht mehr, die leichte Einschränkung der linken Schulterfunktion resultiere aus dem Unfall vom 27. Oktober 2004. Für die geklagten Parästhesien links, die am ehesten C6 und C8 zuzuordnen seien, könne keine Erklärung gefunden werden. Die Halswirbelsäule sei aufgrund einer leicht verspannten Muskulatur marginal eingeschränkt. Auf der somatischen Ebene sei nur eine geringfügige Pathologie vorhanden mit nur einem geringen Behandlungsbedarf. Ausser für Überkopfarbeiten mit der linken Hand seien keine Veränderungen vorhanden, die eine verminderte Belastbarkeit des Bewegungsapparates bedingten. Hingegen sei der Versicherte verunsichert und ängstlich; die psychische Ebene sei für die berufliche Zukunft entscheidend (Urk. 10/I/75/6). Dem widersprach der behandelnde Psychiater Dr. A. ___ am 19. Juni 2006. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht arbeitsfähig, er sei jedoch aus somatischen Gründen in der Belastbarkeit eingeschränkt (Urk. 10/I/76/1). Auch die Hausärztin Dr. Z. ___ zeigte sich im Schreiben vom 25. Juni 2006 erstaunt über die Einschätzung von Dr. E. ___, denn die Beschwerden des Versicherten im Bereich des Nackens, des linken Arm- und Handbereichs nähmen jeweils durch Belastung zu, weshalb die Arbeitseinsätze abgebrochen worden seien (Urk. 10/I/77).

4.4 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. G. ___ im Dezember 2006 kam dieser zum Schluss, initial nach dem Überfall sei von einer deutlich ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen, die sich zwar gebessert habe, die sich jedoch immer noch nachweisen lasse (ICD-10: F43.1), es bestehe auch eine eindeutig depressive Stimmungslage im Ausmass einer Major Depression beziehungsweise

depressiven Episode (ICD-10: F32.0), allenfalls vom Schweregrad her auch mittelgradig (ICD-10: F32.1), dies im Sinne einer Komorbidität zur Belastungsstörung. Zusammen verstärkten diese Diagnosen die empfundenen Schmerzen, ohne dass eine somatoforme Schmerzstörung vorliegen müsste. Dr. G. ___ erachtete den Versicherten für eine leichte, anspruchslöse Arbeit für ganzjährig arbeitsfähig, es resultiere jedoch eine leicht- bis mittelgradig reduzierte Leistungsfähigkeit (Urk. 10/I/94). Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in der R. ___ ergab aus somatischer Sicht eine reduzierte Belastbarkeit des linken Armes und des Nackens links bei einer ungunstigen Kopf- und Oberkörperhaltung. Daraus resultiere eine Arbeitsfähigkeit für eine ganzjährig leichte Tätigkeit, ohne dauernde Tätigkeiten über Kopf und ohne repetitiven Kraftaufwand des linken dominanten Arms (Urk. 10/I/95/5).

4.5 Vom 22. Mai bis 7. September 2007 besuchte der Versicherte das ambulante Ergonomie-Trainingsprogramm in der R. ___. Es zeigten sich bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen des linken Schultergürtels mit Ausstrahlung in den linken Arm, bewegungsabhängige Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und das linke Ohr und leichte belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts. Ebenfalls vorhanden waren eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsfunktionen und weiterhin die psychische Problematik. Die Ärzte diagnostizierten im Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. Oktober 2004 ein zervikospodylogenes Schmerzsyndrom bei einer vorbestehenden, ausgeprägten Osteochondrose C6/7 sowie einer vermutlich vorbestehenden Kopffehllhaltung und im Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Januar 2001 ein residuelles Schulter-Arm-Syndrom links mit Hypästhesie C8 und C6, differentialdiagnostisch ein zervikoradikulares sensorisches Ausfallssyndrom bei Osteochondrose C6/7 (unfallfremd). Dr. G. ___ stellte dazu im Oktober 2007 eine vermehrte Somatisierung mit Schmerzen fest, so dass er eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD 10: F45.1), weiter eine deutlich depressive Verstimmung (ICD 10: F32.01 beziehungsweise F32.11) und weiterhin eine leicht ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) diagnostizierte. Die Ärzte kamen zum Schluss, aufgrund einer vorhandenen Selbstlimitierung und wegen psychischer Probleme seien die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht worden. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung und den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer für eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne länger dauernde Tätigkeiten über Kopf sowie ohne repetitiven Krafteinsatz des linken, dominanten Armes, eine ganzjährig Arbeitsfähigkeit. Allerdings sei aufgrund der psychischen und kognitiven Probleme von keiner auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbaren Leistung auszugehen (Urk. 10/I/114/5).

4.6 Anlässlich der Begutachtung in der MEDAS H. ___ im Frühjahr 2008 klagte der Beschwerdeführer über sehr störende Schmerzen des linken Nackens, der linken Schulter und der Hinterseite des linken Oberarmes sowie über ausstrahlende Schmerzen vom Ellbogen aus gegen die linke Hand, wo auch ein Taubheitsgefühl bestehe. Diese Schmerzen beständen seit dem ersten Unfall. Seit dem zweiten Unfall seien nun auch Beschwerden an der Vorderseite der rechten Schulter; die Beschwerden auf dieser Seite seien jedoch weniger schlimm als die auf der linken Seite.

Nach polydisziplinären Untersuchungen (rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) gelangten die Ärzte zu den Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), eines fibromyalgieformen Quadrantensyndroms oben links bei Status nach Schultergürtel-, Oberarm- und Thoraxkontusion (12.10.2001) mit posttraumatischer Periarthropathia humeroscapularis (PHS) partim ankylosans (01/2002), residuelle frozen shoulder mäßig, eines chronischen zervikalen und zervikozephalen Schmerzsyndroms, die die Arbeitsfähigkeit des Versicherten einschränkten. Die angestammte Tätigkeit als Wagenführer bei der P. __ sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne länger dauernde Zwangshaltung des Kopfes und ohne repetitiven Krafteinsatz des linken, dominanten Arms sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diese eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei durch die psychopathologischen Befunde bedingt (Urk. 3/4)

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Die als Folge der erlittenen Schulterkontusion vom 12. Oktober 2001 entstandene frozen shoulder auf der linken Seite (vgl. dazu Urteil vom 30. März 2005, Urk. 10/II/73 S. 7), mithin die schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit, war zwar vor dem zweiten Unfall wieder weitgehend funktionsfähig. Der Beschwerdeführer klagte jedoch weiterhin - auch vor der Zeit des zweiten Unfalls - über andauernde Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im linken Arm (Urk. 10/I/20, 10/II/39). Was genau die Ursache für diese Beschwerden im linken Arm war, darüber wurden sich die Ärzte im Laufe der zusätzlichen Abklärungen nicht ganz einig. Die Beschwerdegegnerin folgte jedoch durch die Anerkennung dieser Beschwerden als Unfallfolgen (Urk. 10/I/49) der Ansicht ihres Kreisarztes Dr. B. __, der im Juli 2005 eine Verdichtung am Oberarm von 6 x 3 cm und eine Delle feststellte, bei deren Manipulation die Beschwerden zunahmen, für die er somit eine organische, somatisch bedingte Ursache als verantwortlich sah und die er in den Zusammenhang zum erlittenen Unfall stellte (Urk. 10/I/38). In der Folge äusserten sich - ausser Dr. E. __ - weder PD Dr. D. __, noch die Ärzte der R. __ oder der MEDAS in einer Weise, dass der Schluss zulässig wäre, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur noch unfallfremde Ursachen der Grund für die konstant geklagten Beschwerden im linken Arm und in der linken Schulter verantwortlich sind. Vielmehr wurden die Beschwerden mehrheitlich als Residuen der Schulterkontusion und der frozen shoulder gesehen, so durch die Ärzte der R. __ mit der Diagnose eines residuellen Schulter-Arm-Syndroms mit Hypästhesie C8 und C6 (Urk. 10/I/114/2) und auch durch die Ärzte der MEDAS, die hierfür von einem fibromyalgieformen Quadrantensyndrom links nach dem erwähnten Kontusionstrauma mit posttraumatischer PHS, allenfalls einer mäßigen Restanz der frozen shoulder sprachen (Urk. 3/4 S. 26). Dr. E. __ verneinte als einziger eine nennenswerte Einschränkung bezüglich der linken Schulter und des linken Arms, obwohl auch er offensichtlich pathologische Werte bei der Schulterfunktionsprüfung erhoben hatte und zwar vor allem bei der Abduktion des linken Armes, wo der Versicherte den linken Arm nur in die Horizontale, jedoch nicht darüber heben konnte (Abduktion links: 90-0-20°; rechts: 150-0-30°; vgl. zur Neutral-Null-Methode: Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. A., S. 1169 f.). Bei diesen Werten kann nicht - wie er es tat - von einer nur geringfügigen Pathologie gesprochen werden. Die Ärzte der MEDAS äusserten

sich denn auch mit Befremden zu diesem Umstand im Bericht von Dr. E. ___ und nannten dies eine doch ziemlich deutliche Einschränkung der linken Schulter (Urk. 3/4 S. 24). Auch wenn nicht zu verkennen ist, dass die vom Versicherten gezeigten Funktionseinschränkungen der Schulter und die gezeigte Belastbarkeit ärztlicherseits nicht durchwegs als gleich zuverlässig beurteilt wurden, ist doch nicht zu übersehen, dass die erwähnten Fachärzte, die die Mehrzahl bildeten, von einem somatisch bedingten, auf den ersten Unfall zurückzuführenden Kern einer tatsächlich vorhandenen Belastungsbeeinträchtigung der linken Schulter ausgingen. So erachteten die Ärzte der R. __, wo der Versicherte immerhin über eine lange Zeit beobachtet und die Leistungsfähigkeit erprobt worden war, aus rein somatisch-funktioneller Sicht eine leichte bis mittelschwere Arbeit für notwendig, bei der ein repetitiver Krafteinsatz des linken, dominanten Arms schulterbedingt nicht notwendig ist, weshalb sie die angestammte Tätigkeit als nicht mehr zumutbar erachteten (Urk. 10/I/114/4). Zu einem praktisch identischen Schluss in somatischer Hinsicht gelangten die Ärzte der MEDAS (Urk. 3/4 S. 27).

Der Beschwerdegegnerin, die in ihrem Einspracheentscheid gestützt auf die Einschätzung von Dr. E. ___ eine folgenlose Leistungseinstellung hinsichtlich des Unfalles vom 12. Oktober 2001 und der Beeinträchtigung der linken Schulter und des linken Arms vertrat und diese Ansicht auch in der Beschwerdeantwort vertritt (Urk. 9 S. 7), kann damit nicht gefolgt werden. Sie blieb den von ihr zu erbringenden Nachweis einer nunmehr ganzlich unfallfremden Ursache für die erhobenen Beeinträchtigungen am linken Arm und der linken Schulter schuldig, es treten mithin die Folgen der Beweislosigkeit zu ihren Lasten ein.

5.2 Was die Folgen des zweiten Unfalles anbelangt, so ist zunächst festzustellen, dass eine Halswirbelsäulen-Distorsion diagnostiziert wurde und der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Überfall von Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit berichtete (Urk. 10/I/3). Die in der Folge weiterhin geklagten okzipitalen Kopfschmerzen und auch Nackenschmerzen und Einschränkungen in der rechten Schulter wurden ärztlicherseits natürlich kausal auf das zweite Unfallereignis zurückgeführt (Urk. 10/I/64/3), ohne dass allerdings bildgebend eine somatische Unfallursache dafür gefunden werden konnte. Es fanden sich keine ossären Läsionen (Urk. 10/I/3) und keine neurologischen Ausfälle (Urk. 10/I/64/2), hingegen im MRI der Halswirbelsäule vom 17. Oktober 2005 eine ausgeprägte, vorbestehende Osteochondrose C6/7 (Urk. 10/I/56/2). Es ist der Beschwerdegegnerin somit darin zu folgen, dass trotz der anfänglichen Diagnose eines Distorsionstraumas der Halswirbelsäule das vielfältige sogenannt typische Beschwerdebild nach Schleudertrauma (dazu vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b) nicht eingetreten ist.

5.3 Unbestrittenermassen war der Beschwerdeführer jedoch sehr bald nach dem Raubüberfall psychisch auffällig und blieb es gemäss den Ausführungen der Ärzte der R. __ auch bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die SUVA und aufgrund der Darlegungen der Ärzte der MEDAS zur Arbeitsfähigkeit auch noch darüberhinaus (Urk. 3/4 S. 27). Der Beschwerdeführer war mehrfach psychiatrisch begutachtet worden. Sorgfältig, objektiv und überzeugend erweist sich dabei die Begutachtung durch Dr. G. ___ in der R. __, der den Versicherten gar zweimal gesehen hatte und daher auch die Veränderungen beurteilen konnte. In Übereinstimmung mit

sÄrmtlichen FachÄrzten ging Dr. G.____ von einer posttraumatischen BelastungsstÄrzung aus, die sich nach dem RaubÄberfall, bei dem der Versicherte durch eine Schusswaffe bedroht worden war, einstellte, mit der Zeit jedoch besserte. Entgegen der Ansicht von Dr. A.____ (Urk. 10/I/82/1) vermochte Dr. G.____ jedoch Ende 2006 noch immer eine eindeutig leichte bis mittelgradige depressive Stimmungslage zu erkennen durch die festgestellte starre Mimik, innerliche Agitiertheit, die dargelegte NervositÄt, Niedergeschlagenheit und Ängstlichkeit, wobei der Versicherte oftmals den TrÄnen nahe sei und vordergrÄndig versuche, sein Befinden verbessert darzustellen. Auch diese Diagnose Äberzeugt Dr. G.____ zeigte auch die ZusammenhÄnge auf zwischen der komorbiden depressiven StÄrzung und den dadurch seitens des Versicherten als sehr stark somatisch empfundenen Beschwerden, ohne dass eine somatoforme SchmerzstÄrzung zu diagnostizieren sei (Urk. 10/I/94/4). Fast ein Jahr spÄter, in welchem der Versicherte die KÄndigung seitens der P.____ erhalten hatte, ist von einer Verschlechterung der psychischen Situation auszugehen, indem eine Verlagerung zu einer vermehrten Somatisierung mit zunehmenden Schmerzen stattgefunden hatte, dabei aber immer noch die Depression und Anzeichen einer noch immer leichten posttraumatischen BelastungsstÄrzung vorhanden waren (Urk. 10/I/113/8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weniger Äberzeugend erweist sich dagegen das Gutachten des Psychiaters der MEDAS. Die vom Psychiater Dr. med. I.____ gestellte Diagnose einer andauernden PersÄnlichkeitsÄnderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) ist gemÄss der Internationalen Klassifikation psychischer StÄrungen nur dann zu stellen, wenn die Belastung ein Ausmass einer Erfahrung in einem Konzentrationslager, einer erlittenen Folter, Katastrophe, andauernder lebensbedrohlicher Situation erreichte (ICD-10 Kapitel V, 6. A., S. 255). Davon kann hier jedoch nicht gesprochen werden, auch wenn entsprechend der Darlegung des Versicherten davon auszugehen ist, dass er mit einer Waffe bedroht worden war, als er unter der Aufsicht der TÄter versuchen musste, den Lieferwagen zu starten, was ihm jedoch nicht gelang (Urk. 10/I/29). Es rechtfertigt sich gemÄss dieser Klassifikation (vgl. S. 256) ausdrÄcklich nicht, eine solche Diagnose bei einer allfÄlligen vorbestandenen psychischen VulnerabilitÄt zu stellen, wenn das Ereignis nicht die beschriebene IntensitÄt hatte. Dr. I.____ rechtfertigte jedoch ebengerade diese Diagnose im Falle des BeschwerdefÄhrers mit dem Hinweis darauf, dass aufgrund des ersten Unfalles wohl eine erhÄhte VulnerabilitÄt vorgelegen habe, als der RaubÄberfall geschehen sei (Urk. 3/4 S. 41). Es ist somit bei der Beurteilung der Auswirkungen des Unfalles auf die Psyche des Versicherten von der EinschÄtzung der R.____ auszugehen.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1Ä Ä Ä Ä Damit ist zu prÄfen, ob die psychische Problematik, die den Versicherten gemÄss Aussagen dieser FachÄrzte in der LeistungsfÄhigkeit einschrÄnkt und zweifelsfrei zum RaubÄberfall in einem natÄrlich kausalen Zusammenhang steht, zum Unfall auch adÄquat kausal ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin hat den Äberfall als mittelschweren Unfall eingestuft und nach der PrÄfung der Kriterien gemÄss BGE 115 V 140 einen adÄquaten Kausalzusammenhang verneint (Urk. 2). Zu prÄfen ist, ob der adÄquate Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen nach dieser Formel zu untersuchen ist oder nach der allgemeinen AdÄquanzformel, wie dies das Bundesgericht im Zusammenhang mit Schreckereignissen tut (BGE 129 V 177).

6.2. Die Adäquanz zwischen einem Schreckereignis ohne körperliche Verletzungen und den nachfolgend aufgetretenen psychischen Störungen ist nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu beurteilen. Dabei wird der Tatsache Rechnung getragen, dass bei Schreckereignissen - anders als im Rahmen üblicher Unfälle - die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann. Aus diesem Grund ist die (analoge) Anwendung der in BGE 115 V 133 entwickelten Adäquanzkriterien ebenso ungeeignet wie diejenige der so genannten Schleudertraumapraxis (BGE 117 V 359; vgl. BGE 129 V 184 Erw. 4.2). Nicht anders verhält es sich, wenn die versicherte Person zwar körperlich verletzt wird, die somatischen Beeinträchtigungen indessen lediglich von untergeordneter Bedeutung sind und im Vergleich zum erlittenen psychischen Stress in den Hintergrund treten. Denn auch in solchen Fällen kommt dem somatischen Geschehen keine wesentliche Bedeutung zu. Mithin hat die Beurteilung der Adäquanz zwischen Schreckereignissen, bei welchen die versicherte Person zwar (auch) körperliche Beeinträchtigungen davonträgt, letztere indessen nicht entscheidend ins Gewicht fallen, und psychischen Schäden nach der allgemeinen Adäquanzformel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu erfolgen (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen Helsana Versicherungen AG gegen B. vom 14. April 2005, U 390/04, Erw. 1.2 und in Sachen R. vom 4. August 2005, U 2/05, Erw. 2.2; Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 14. April 2008, U 593/06, Erw. 2).

Die An den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und so genannten Schreckereignissen werden - im Hinblick auf ihre schwere Kontrollierbarkeit - hohe Anforderungen gestellt. Nach der Rechtsprechung besteht die übliche und einigermaßen typische Reaktion auf solche Ereignisse erfahrungsgemäss darin, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird (BGE 129 V 177; Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 20. September 2007, U 548/06, Erw. 2.5 mit Hinweisen).

6.3. In somatischer Hinsicht waren die einzigen Behandlungsfolgen des Raubüberfalls nach der spitalärztlichen Abklärung Schmerzmittel und über mehrere Wochen hinweg Akupunktur, später sodann Physiotherapie (Urk. 10/I/3, 10/I/4, 10/I/12-13). Als Diagnosen wurden eine Distorsion der Halswirbelsäule und eine Kontusion des Thorax gestellt. Die Auswirkungen davon waren Nackenschmerzen, okzipitale Kopfschmerzen und eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts. Der Beschwerdeführer selber gab gegenüber den Ärzten der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich an, schlimmer als die somatischen Probleme seien die psychischen Veränderungen seit dem Unfall. Er klagte nach dem Überfall über starke Schlafprobleme, Flashbacks und Ohnmachtsgefühle, Alpträume, Nervosität, Schreckhaftigkeit, Vermeidungsverhalten und Angstanfälle bei Erinnerung an das Trauma. Er könne nur noch an den Überfall denken und sei häufig geistig abwesend (Urk. 10/I/32, 10/I/31). Diese Darstellungen, die eindrücklich auch aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. A. ___ vom 9. April 2005 hervorgehen (Urk. 10/I/29), und auch die Einschätzung der betreuenden Hausärztin, eines erlittenen schweren Schocks (Urk. 10/I/9), drängen den Schluss auf, dass der Versicherte zwar beim Unfall gewaltsame Einwirkungen auf den Körper erlitten hatte, die sich auf der somatischen Ebene im Bereich des Nackens und der Rücken-/Schulterpartie auswirkten, dass diese

jedoch im Vergleich zum psychischen Erlebnis des Geschehenen, mithin zum psychischen Trauma, von wesentlich geringerer Bedeutung waren.

Dr. A. ___ allerdings hielt die Wichtigkeit des psychischen Zustandes verglichen mit der somatischen Ebene für viel kleiner und führte in den Berichten vom 19. Juni und 4. September 2006 gar aus, der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht gänzlich arbeitsfähig, die Depression sei abgeklungen, der Versicherte leide nicht mehr wesentlich an den Folgen des Unfalls (Urk. 10/I/76/1, 10/I/82/3). Dies wurde jedoch durch die anderen Fachärzte, die den Versicherten begutachtet hatten und ihn als eindeutig psychisch auffällig und depressiv beschriebenen hatten, so dass eigentlich eine antidepressive medikamentöse Behandlung angezeigt gewesen wäre, die der Versicherte jedoch ablehnte (Urk. 10/I/94/8, 10/I/95/5), nicht bestätigt. Tatsache ist sodann, dass in somatischer Hinsicht durch die entsprechenden Fachärzte keine unfallkausalen, wesentlichen, objektivierbaren Befunde am Nacken, Rücken oder an der rechten Schulter erhoben worden waren, die die vom Versicherten geklagten erheblichen Beschwerden erklären konnten. Dr. B. ___ führte dazu aus, es handle sich am ehesten um Einschränkungen wegen eines schmerzbedingten Trainingsrückstandes (Urk. 10/I/38). Die Ärzte des Ergonomie-Trainingsprogrammes in der R. ___ sahen die begrenzte Belastbarkeit des Versicherten nicht in den somatischen Befunden, sondern in den psychischen Problemen und in einer gewissen Selbstlimitierung begründet; das Ausmass der gezeigten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden nicht erklären (Urk. 10/I/114/4). Dadurch, dass Dr. A. ___ die psychische Situation gänzlich anders einschätzte, kann auf seine Auffassung nicht abgestellt werden.

Es ist vielmehr aus den Darlegungen von Dr. G. ___ zu den Zusammenhängen zwischen den erheblichen psychischen Problemen und dem intensiven Schmerzerleben des Versicherten bei nur geringen somatischen Befunden hinsichtlich des zweiten Unfalles davon auszugehen, dass dem pathologischen psychischen Faktor eine erhebliche Bedeutung beizumessen ist.

6.4 Bei dieser Sachlage ist somit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Problemen und dem Unfall nach der allgemeinen Adäquanzformel zu prüfen. In Anwendung der dazu entwickelten höchststrichterlichen Rechtsprechung, die solchen Geschehnissen den Charakter einer adäquat kausalen Ursache abspricht (vgl. zu einer ähnlichen Sachlage in Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. August 2005 in Sachen R., U 2/05), ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den im Vordergrund stehenden psychischen Problemen des Versicherten und dem Unfall vom 27. Oktober 2004 zu verneinen.

E. 7

7.1 Es bleibt daher festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin für die somatischen Folgen des ersten Unfalles vom 12. Oktober 2001 mit den Beeinträchtigungen der linken Schulter mit den Ausstrahlungen in den linken Arm über den 29. Februar 2008 hinaus leistungspflichtig ist. Es ist zwar nicht zu beanstanden, dass sie die Heilbehandlungen hierfür eingestellt hat, äusserten sich doch die Ärzte der R. ___ Ende 2007 dahingehend, dass auf somatischer Ebene keine weiteren Behandlungen angezeigt seien (Urk. 10/I/114/3). Aufgrund von deren somatischen Beurteilung einer zwar gänzlich arbeitsfähigen, bei der jedoch ein bestimmtes, den linken dominanten

Arm schonendes Profil berücksichtigt werden muss, stellt sich die Frage einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung für diese Unfallfolgen.

7.2 Abschliessend kann dabei über keinen dieser beiden Ansprüche befunden werden. Zum Integritätsschaden am linken Arm und an der linken Schulter hat sich bis anhin kein Arzt geäussert, was nachzuholen ist.

Zur Frage des Valideneinkommens des Versicherten im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns im Jahr 2008 ist festzustellen, dass die Lohnangaben in den Akten des Unfallversicherers von denjenigen des Invalidenversicherers zu sehr abweichen, als dass eine verlässliche Auskunft darüber gegeben werden könnte, was der Versicherte im Gesundheitsfall bei seiner ehemaligen Arbeitgeberin, der P., verdient hätte.

Die IV-Stelle stellte für das Valideneinkommen auf die Angaben der P. vom 17. Dezember 2002 ab, wonach der Versicherte Fr. 74'267.-- verdient hätte (Urk. 26/6). Sie rechnete diesen Betrag auf das Jahr 2007 hoch und kam so auf den Betrag von Fr. 78'908.-- für das Jahr 2007 (Urk. 26/69), das sie ihrem Rentenentscheid zugrunde legte (Urk. 26/78/4) und worauf sich auch der Beschwerdeführer in diesem Verfahren beruft (Urk. 1 S. 7). Aus den Unterlagen des Unfallversicherers geht jedoch hervor, dass die P. im Unfalljahr 2001 einen Verdienst des Versicherten von Fr. 77'175.-- und allgemeine Zulagen von Fr. 9'041.-- und im Jahr 2004 einen solchen von Fr. 79'685.-- plus Zulagen von Fr. 6'634.05 angegeben hatte, was bereits zu einem Verdienst von Fr. 86'316.-- beziehungsweise von Fr. 86'319.05 für den wärde (Urk. 10/II/1, 10/I/1). Daneben gibt es ein E-Mail in den Akten der SUVA, wonach der Jahresverdienst des Versicherten im Jahr 2007 Fr. 82'691.-- plus Zulagen von Fr. 6'634.05 betrage (Urk. 10/119/1), wobei jedoch nicht klar ist, ob dies auch dem Lohn entsprochen hätte, den der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit im Gesundheitsfall verdient hätte. Die Beschwerdegegnerin hat somit bei der P. Erkundigungen darüber einzuholen, was der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall in seiner angestammten Tätigkeit im Jahr 2008 verdient hätte.

7.3 Die Sache ist hierfür und zum anschliessenden Entscheid über den Rentenanspruch und den Anspruch auf Integritätsentschädigung aus dem Unfall vom 12. Oktober 2001 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8. Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Berücksichtigung des Streitwerts nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. August 2008 mit der Feststellung, dass kausale Folgen des Unfalles vom 12. Oktober 2001 vorliegen, aufgehoben und die Sache an die

