

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00370

vom 5. Januar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00370

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00370 du 5 janvier 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00370 del 5 gennaio 2007

Erwägungen

E. 3

3.1 Am Freitag 16. Mai 2003 bog der Beschwerdeführer mit seinem Fahrzeug von der Strasse her nach links ab, um auf einen Parkplatz zu gelangen. Laut Polizeirapport (Urk. 11/2 = Urk. 3/3) und seinen Angaben bei der ärztlichen Erstbehandlung (Urk. 11/3 = Urk. 3/8a) wurde sein Auto dabei auf der Fahrerseite im Bereich der Fahrertüre und des hinteren Kotflügels von einem aus dem Parkplatz herausfahrenden Fahrzeug gerammt, wobei beide Fahrzeuge mit rund 20 km/h fuhren (Urk. 11/2 S. 2 unten, S. 7 oben, S. 8 oben; Urk. 11/3 Ziff. 2).

3.2 Am Montag 19. Mai 2003 suchte der Beschwerdeführer Dr. med. B. ____, FMH Allgemeine Medizin, auf, der in seinem Bericht vom 2. Juni 2003 eine leichte Distorsion der HWS diagnostizierte und die Wiederaufnahme der Arbeit ab 26. Mai 2003 vorsah (Urk. 11/3 Ziff. 5 und 9). Als Angaben des Beschwerdeführers berichtete er, nach zwei Tagen seien diffuse Kopfschmerzen, Nackenverspannungen und Probleme mit der Halsbewegung aufgetreten (Urk. 11/3 Ziff. 2). Als Befund erhob er spontan leichte, diffuse, nicht lokalisierbare Kopfschmerzen, eine ausser bei extremer Linksrotation freie Kopfbeweglichkeit und einen Röntgenbefund ohne Unfallfolgen an der HWS (Urk. 11/3 Ziff. 4).

Am Gemäss dem Bericht von Dr. B. ____, vom 1. September 2003 (Urk. 11/5/1 = Urk. 3/8b) sei nach dem Persistieren der Nackenbeschwerden am 26. August 2003 ein MRI der HWS angefertigt worden - das eine Fehlhaltung der HWS mit Zeichen der Dehydratation der Zwischenwirbelscheiben C4/5 und C5/6 ohne Hinweise für diskoligamentäre Einengungen ergab (Urk. 11/5/3) - und er habe den Beschwerdeführer an die Rheumatologie des Stadtspitals C. ____, überwiesen (Urk. 11/5/1 Ziff. 2). Die Arbeit sei seit dem 26. Mai 2003 wieder aufgenommen worden (Urk. 11/5/1 Ziff. 4a).

3.3 Der Oberarzt der Klinik für Rheumatologie des Stadtspitals C. ____, diagnostizierte im Bericht vom 17. September 2003 (Urk. 11/6 = Urk. 3/11) ein zervikocephales Schmerzsyndrom bei Status nach Akzelerationstrauma am 16. Mai 2003 (Urk. 11/6 S. 1 Mitte). Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers habe dieser unmittelbar nach dem Unfallereignis kein körperliches Unwohlsein festgestellt; etwa 48 Stunden später hätten Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich beidseits mit in der Folge zunehmender Bewegungseinschränkung der HWS sowie Schmerzausstrahlung in den Hinterkopf eingesetzt (Urk. 11/6 S. 1 unten).

Im angestammten Beruf als Hilfsarbeiter mit körperlich wechselbelastenden Tätigkeiten in einer Feinmechanik-Firma bestehe keine

Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/6 S. 3 Mitte).

Die gleichen Angaben wurden im Bericht vom 2. Dezember 2003 (Urk. 11/12 = Urk. 3/12) gemacht. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig; bei der zu 100 % erhaltenen Arbeitsfähigkeit sei eine kreisärztliche Untersuchung nicht notwendig (Urk. 11/12 S. 2 Ziff. 3b).

Im Bericht vom 9. Februar 2004 (Urk. 11/14 = Urk. 3/13) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei dem Psychologen vorgestellt und zur ambulanten Schmerztherapie an das Universitätsklinikum D. (D.) überwiesen worden (Urk. 11/14 S. 1 Ziff. 3d). Bis am 19. Januar 2004 habe er 100 % gearbeitet, vom 19. Januar bis 8. Februar 2004 sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; für eine rückenschonende leichte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 11/14 S. 2 Ziff. 4a).

Die Ärzte der Rheumaklinik des D. diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. Februar 2004 (Urk. 11/15 = Urk. 3/6) ebenfalls ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom (Urk. 11/15 S. 1 Mitte).

Der Beschwerdeführer berichte über den Unfall, der Bewegungseffekt des Körpers und Kopfes sowie des Wagens sei erinnerlich, kein Kopfanprall, keine Erinnerungslücken (Urk. 11/15 S. 1). Aktuell gebe er dauernde Schmerzen im Nacken an, bi-okzipitale Kopfschmerzen, leichte Schluckstörungen, schmerzbedingte Schlafstörungen, Trümmelbeschwerden bei schnellen Positionswechseln, gelegentlich leichte lumbale Schmerzen sowie 1-2 Monate nach dem Unfall erstmals bemerkte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (Urk. 11/15 S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer wurde als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt und die Aufnahme in das ambulante interdisziplinäre Schmerz-Programm (AISP) ins Auge gefasst (Urk. 11/15 S. 2).

Gemäss Bericht vom 21. Juli 2004 (Urk. 11/26 = Urk. 3/14) wurden am 14. April 2004 ein Arbeits-Assessment und am 17./18. Mai 2004 der Basistest durchgeführt.

Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter bei der A. AG wurde als ganztags gegeben beurteilt. Wegen der Selbstlimitierung des Beschwerdeführers sei dabei die Frage einer Belastungsreduktion nicht abschliessend beurteilbar. Der Beschwerdeführer sei aber mindestens in der Lage, beim Heben von Boden- zu Taillenhöhe 10 kg und beim Tragen vorne 15 kg zu hantieren (Urk. 11/26 S. 9 Mitte).

Aus rein rheumatologischer-orthopädischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aufgrund einer anzunehmenden Anpassungsstörung sei initial eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden; es werde empfohlen, die Arbeitsfähigkeit innert zirka 4 Wochen sukzessive auf 100 % zu steigern. Andere - leichte bis mittelschwere - Tätigkeiten seien ganztags zumutbar (Urk. 11/26 S. 9).

Das arbeitsbezogen relevante Problem habe wegen der ungenügenden Leistungsbereitschaft und des schmerzlimitierten Verhaltens nach den Basistests nicht abschliessend beurteilt werden können. Deshalb sei ein Arbeitsplatzbesuch durchgeführt worden. Dieser habe gezeigt, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Arbeit zugemutet werden könne (Urk. 11/26 S. 10 oben).

Î Î Î Î Î Î Î Î In der Arbeitsplatzabklärung sei klar geworden, dass die Unzufriedenheit des Beschwerdeführers und nicht ein körperliches Defizit bezüglich der angestammten Arbeit das eigentliche Problem sei. In diesem Kontext solle auch die ungenügende Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers im Basistest verstanden werden. Es seien eine deutliche Selbstlimitierung und verschiedene - einzeln genannte - inkonsistente Verhaltensweisen festgestellt worden (Urk. 11/26 S. 10 Mitte).

Î Î Î Î Î Î Î Î Aufgrund der ungenügenden Leistungsbereitschaft würden keine weiteren therapeutischen Massnahmen empfohlen (Urk. 11/26 S. 11 Ziff. 5.2).

E. 3.5

Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie FMH, berichtete am 22. Juli 2004 über seine Untersuchung (Urk. 11/27 = Urk. 3/16). Es bestehe aktuell ein leichtes zervicovertebrales Syndrom mit minimalen Muskelverspannungen im Nacken-Hals-Bereich, wobei während der Untersuchung eine aktive Verspannung zu bemerken sei. Anamnestisch klagte der Beschwerdeführer über verschiedene funktionelle Beschwerden, nämlich Herzbeschwerden, rasche Ermüdbarkeit, unbestimmte Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Globusgefühl beim Trinken, Übelkeit während der Fortbewegung im Tram, vermehrte Unsicherheit in Gesellschaft, Schlafstörungen (Urk. 11/27 S. 3 unten).

Î Î Î Î Î Î Î Î Weder die somatischen noch die aufgezählten funktionellen Beschwerden könnten auf das Unfallereignis zurückgeführt werden (Urk. 11/27 S. 4 oben).

Î Î Î Î Î Î Î Î Somatisch sei eine Arbeitsunfähigkeit, auch für die angestammte Tätigkeit, nicht gerechtfertigt. Eine allfällige psychische Komponente müsste als unfallfremd betrachtet werden (Urk. 11/27 S. 4 Mitte).

3.6 Î Î Î Î Am 1. September 2004 berichtete Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, über seine Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 11/34 = Urk. 3/18). Der Beschwerdeführer - beziehungsweise wohl sein Auto - sei stehend von hinten links angefahren worden; er habe ein Beschleunigungstrauma der HWS erlitten und leide seither an ständigen Nacken- und Kopfschmerzen sowie weiteren, einzeln genannten Beschwerden (Urk. 11/34 S. 1 unten).

Î Î Î Î Î Î Î Î Als Befund nannte Dr. F.____ eine schmerzbedingte Einschränkung der HWS mit mässig verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur und einen ansonsten in allen Teilen regelrechten neurologischen Status; stimmungsmässig wirke der Beschwerdeführer recht deutlich depressiv (Urk. 11/34 S. 2 Mitte).

Î Î Î Î Î Î Î Î Angesichts der Persistenz der Beschwerden sei die im September 2003 vorgeschlagene volle Arbeitsfähigkeit nicht realisierbar, möglich erscheine lediglich eine leichte Steigerung in den nächsten Monaten auf 60 bis maximal 70 % (Urk. 11/34 S. 3 Mitte).

Î Î Î Î Î Î Î Î Am 2. September 2004 überwies Dr. med. G.____, der auch die Untersuchung durch Dr. F.____ veranlasst hatte, den Beschwerdeführer an das medizinische Zentrum H.____ (Urk. 11/35), wo dieser gleichentags in ein tagesklinisches achtwöchiges Rehabilitationsprogramm aufgenommen wurde (Urk. 11/36).

3.7 Am 14. September 2004 erstattete Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/38 = Urk. 3/7).

Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei sein Auto beim Einbiegen in einen Parkplatz an der hinteren linken Wagenseite touchiert worden. Er sei angegurtet gewesen, habe beim Aufprall den Kopf am Fenster angeschlagen, sei aber nicht bewusstlos gewesen und habe keine Amnesie (Urk. 11/38 S. 1 unten). Etwa zwei Stunden nach dem Unfall hätten Schmerzen am Nacken und Hinterkopf begonnen und er habe am folgenden Montag den Hausarzt aufgesucht. Nach etwa ein bis zwei Wochen nach dem Unfall habe er wieder mit der Arbeit begonnen, allerdings mit Unterbrüchen und nur zu 25 bis 50 % (Urk. 11/38 S. 2).

Aktuell leide er an ständigen Nackenschmerzen beidseits und gegen Abend diffusen Kopfschmerzen. Manchmal, etwa nach raschem Aufstehen oder beim Fahren im Tram, werde es ihm übel. Manchmal habe er ausstrahlende Schmerzen im ganzen linken oberen Körperquadranten und bei schnellen Kopfbewegungen einen ungerichteten Sekundenschwindel (Urk. 11/38 S. 2 Mitte).

Dr. I.____ führte aus, da der Anstoss fahernah erfolgt sei, würde er sich sehr wundern, wenn kein Anschlagen des Kopfes passiert wäre, wie dies heute vom Beschwerdeführer angegeben, allerdings nicht in den Akten vermerkt sei. Dabei komme es häufig auch zu Abknickverletzungen der HWS, die sich von den klassischen sogenannten Schleudertraumen nach Heckanstoss unterscheiden (Urk. 11/38 S. 6).

Es habe sich nach der typischen Latenzzeit von zwei Stunden ein zervikocephales Schmerzsyndrom entwickelt. Daneben würden heute diffuse vegetative Beschwerden mit Schwindel, Übelkeit, Schlafstörungen geklagt (Urk. 11/38 S. 6 unten). Die Beschwerden seien insgesamt im Rahmen des sogenannten typischen Beschwerdebildes nach HWS-Distorsionen zu sehen (Urk. 11/38 S. 7 oben).

Dr. I.____ stellte folgende Diagnose: chronisches zervikocephales Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle, mit neuropsychologischen Störungen und mit Verdacht auf psychogene Überlagerung (Anpassungsstörung mit depressiver Komponente?) bei Zustand nach Kopfprellung und Abknickverletzung (Distorsion) der HWS infolge Seitwärtskollision am 16. Mai 2003 (Urk. 11/38 S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer habe noch körperliche Beschwerden, scheine diese aber reichlich überzubewerten, womit auch etwas die Gefahr einer Übertherapie bestehe, was wahrscheinlich mehr schädlich als nützlich sei. Zu empfehlen seien eine stationäre Rehabilitation, ein psychosomatisches und psychiatrisches Konsilium und eine neuropsychologische Abklärung (Urk. 11/38 S. 7 Mitte).

3.8 Im psychologisch-psychiatrischen Bericht des medizinischen Zentrums H.____ vom 8. Oktober 2004 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 11/45 = Urk. 3/23) wie in jenem vom 24. November 2004 an Dr. G.____ (Urk. 11/51/2 = Urk. 3/19) wurden als Diagnosen eine HWS-Distorsion und eine mittelgradige depressive Episode als Folge des Unfalls genannt (Urk. 11/45 S. 1). Zusammenfassend habe sich das Bild einer starken eher ängstlich gehemmten Depression ergeben. Aus dem neuropsychologischen Screening ergäben sich Hinweise auf eine mögliche hirnorganische Beeinträchtigung (Urk. 11/45 S. 2 unten). Als Beschwerden bei Eintritt wurden unter anderem - neu -

Sehstörungen und Lichtempfindlichkeit genannt, hingegen ausdrücklich kein Schwindel (Urk. 11/45 S. 1 Mitte).

3.9 Am 29. Oktober 2004 nahm Kreisarzt Dr. E. eine Aktenbeurteilung vor (Urk. 11/47 = Urk. 3/20): Es bestehe ein chronisches cervico-cephales Schmerz-syndrom ohne neurologische Auffälle und daneben eine psychogene Überlagerung und mittelgradige depressive Episode. Strukturelle Veränderungen im Bereich des Schädels und der HWS hätten nicht nachgewiesen werden können. Aufgrund der Angaben nach dem Unfallereignis sei keine Schädelverletzung und damit auch keine Hirnverletzung erfolgt. Der beschriebene Unfallmechanismus spreche gegen eine hirnorganische Veränderung. Aufgrund der Befunde insgesamt beständen keine nachweisbaren somatischen Restfolgen. Die funktionellen nachvollziehbaren Beeinträchtigungen würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen und die neuropsychologischen und psychiatrischen Befunde seien administrativ auf ihre Adäquanz zu prüfen.

Am 29. März 2005 erstattete Dr. med. J., Fachärztin FMH für Neurologie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, eine ärztliche Beurteilung (Urk. 11/63 = Urk. 3/21), wobei sie sich auf die vorhandenen Akten stützte (Urk. 11/63 S. 1 f.).

Betreffend Unfallanamnese wies sie darauf hin, dass erstmals über ein Jahr später ein Kopfanprall angegeben sowie die symptomfreie Zeit von 48 auf 2 Stunden gekürzt worden sei. Widerspruchsfrei erstellt sei, dass keine Bewusstseinsbeeinträchtigung, kein Bewusstseinsverlust und keine Amnesie eingetreten seien und dass der initiale und spätere radiologische Befund der HWS unauffällig und ohne Hinweise für eine traumatische Schädigung der HWS gewesen seien. Eine organische Schädigung oder gar eine Commotio cerebri seien damit höchst unwahrscheinlich (Urk. 11/63 S. 3 Ziff. 1).

Bei den radiologisch erhobenen vermeintlichen Blockierungen der Segmente C2, C5 und C6 handle es sich um eine schmerzbedingte Hypomobilität, weshalb Funktionsaufnahmen der HWS keinen Aussagewert hätten (Urk. 11/63 S. 3 Ziff. 2).

Es beständen keine organischen Unfallfolgen (Urk. 11/63 S. 3 Ziff. 4). Der Beschwerdeführer leide an einem zervikovertebralen Syndrom mit minimalen Muskelverspannungen im Nacken-/Halsbereich und weiteren - einzeln genannten - Beschwerden. Aufgrund der Beschwerden im Schultergürtel seien dem Beschwerdeführer wechselbelastende Tätigkeiten mit wenigen - einzeln genannten - Einschränkungen zu 100 % zumutbar (Urk. 11/63 S. 4 Ziff. 6 und 7).

3.10 Am 28. März 2006 erstattete PD Dr. med. K., Unabhängige medizinische Gutachtenstelle (UMEG), eine interdisziplinäre Beurteilung (Urk. 18/1), basierend auf dem von ihm selber erstellten rheumatologischen Teilgutachten vom 18. Januar 2006 (Urk. 18/2), der von ihm verfassten Beantwortung der gestellten Fragen vom 28. März 2006 (Urk. 18/3), der von ihm erstellten Zusammenfassung der überlassenen Akten vom 28. März 2006 (Urk. 18/4) und dem neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. phil. L. vom 25. März 2006 (Urk. 18/5).

Dr. L. führte gestützt auf die Akten und die am 8. März 2006 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 18/5 S. 1) aus, der

Beschwerdeführer klagt aktuell über unveränderte Kopf- und Nackenschmerzen, häufigen Schwindel und verschwommenes Sehen, Kraft- und Gefühllosigkeit in Armen und Händen, ziehende Schmerzen und einen Tinnitus in beiden Ohren sowie Übelkeit beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (Urk. 18/5 S. 6 f.).

Zusammenfassend beurteilte Dr. L. die eruierten Befunde dahingehend, dass sie auf ein allgemein mittelschwer bis schwer reduziertes kognitives Leistungsniveau in durchwegs allen Bereichen hinwiesen. Hinzu komme eine deutlich herabgesetzte Belastbarkeit mit Somatisierungstendenz sowie ein generell deutlich verlangsamtes Arbeitstempo nebst mangelnder Fehlerkontrolle (Urk. 18/5 S. 11 unten).

Eine derart deutliche Reduktion des allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus lasse sich weder aus den Akten noch aus den persönlichen Angaben des Beschwerdeführers erklären, so dass von einer depressiven Überlagerung beziehungsweise einer massiven psychischen Dekompensation ausgegangen werden müsse, falls sich aus neurologischer Sicht kein weiterer Anhaltspunkt für ein organisches Korrelat der gefundenen kognitiven Defizite ergebe (Urk. 18/5 S. 12 Mitte).

In Beantwortung der gestellten Fragen führte Dr. L. schliesslich unter anderem aus, aus neurologischer Sicht liege kein typisches Beschwerdebild nach Schleudertrauma vor (Urk. 18/5 S. 13 Ziff. 2.1). Eine neuropsychologische Behandlung hätte aufgrund der generellen Reduktion des Leistungsvermögens keinen Erfolg gebracht. Eine psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Behandlung wäre auch heute vorzuziehen (Urk. 18/5 S. 14 Ziff. 5.4).

PD Dr. K. leitete seine Beurteilung mit dem Hinweis ein, der Beschwerdeführer sei bis zum Unfall vom 16. Mai 2003 nie wesentlich krank gewesen. Beim Unfall sei er im Sitz hin- und hergeschleudert worden und habe sich dabei Kopf und Ellbogen angeschlagen. Zuerst im Stadtspital C. und später im D. sei ein Zervikozephal-Syndrom diagnostiziert worden; der renommierte Schmerzspezialist des D. habe sogar das aufwendige und teure interdisziplinäre Schmerzprogramm empfohlen. Es könne also nicht von einem Bagatell-Krankheitsbild gesprochen werden. Es könne nicht angenommen werden, dass ein solch massiver Aufwand betrieben werde, wenn es sich nur, wie von Kreisarzt Dr. E. erwähnt, um minimale Muskelverspannungen handle (Urk. 18/1 S. 2 Mitte).

Klinisch habe er eine deutlich druckdolente Muskulatur im Trapeziusbereich in der mittleren HWS beidseits gefunden. Zudem falle auf, dass der Beschwerdeführer unsicher stehe und mit dem Kopf häufig zittere (Urk. 18/1 S. 3 oben).

Sodann zitierte PD Dr. K. einen Abschnitt aus dem Gutachten von Dr. L., die erhobenen Leistungsschwächen beschreibend (Urk. 18/1 S. 3 Mitte), und bezeichnete die audio-neurootologische Untersuchung von Dr. M. - die mit Ausnahme eines Zitates in der Aktenzusammenfassung (Urk. 18/4 S. 5) nicht aktenkundig ist - als sicher relevant (Urk. 18/1 S. 3 unten).

Man könne also ganz klar aussagen, dass der Beschwerdeführer eine eindeutige Anamnese für seinen Befund habe. Er sei vor dem Unfall leistungsfähig und gesund gewesen und habe nach dem Unfall innert Tagen die Beschwerden entwickelt.

Die Befunde mit Verspannung der Muskulatur und Einschränkung der HWS-Beweglichkeit seien von mehreren Untersuchern erhoben worden und in diesem Sinn reproduzierbar; ferner hätten die neuropsychologischen Untersuchungen eine deutliche Beeinträchtigung gezeigt. Es sei nochmals darauf hinzuweisen, dass ein ausgesprochener Schmerzexperte das Krankheitsbild immerhin so gravierend eingeschätzt habe, dass er ein aufwendiges, teures interdisziplinäres Schmerzprogramm vorgeschlagen habe; einen solchen Vorschlag würde man bei einem banalen Zervikozephal-Syndrom nicht machen (Urk. 18/1 S. 4).

Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 18/2) hielt PD Dr. K. auf knapp zwei Seiten die von ihm erhobenen und früher bildgebende Befunde fest.

In Beantwortung der ihm gestellten Fragen führte PD Dr. K. aus, es liege das typische Beschwerdebild nach Schleudertrauma gemäss Rechtsprechung vor (Urk. 18/3 S. 2 Ziff. 2.1), diagnostisch liege ein Schleudertrauma vor (Urk. 18/3 S. 2 Ziff. 4.1), ebenso eine hirnorganische Schädigung, dies unter Hinweis auf die Beurteilung durch Dr. L. und Dr. M. (Urk. 18/3 S. 2 Ziff. 4.2). Die jetzigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien Folgen des Unfalls (Urk. 18/3 S. 3 Ziff. 6.1). Dass ein Patient depressiv auf chronische Schmerzen und die soziale Unsicherheit reagiere, sei eine indirekte Folge des Unfalls; allenfalls müsste hier noch eine psychiatrische Beurteilung erfolgen (Urk. 18/3 S. 3 Ziff. 6.2.1). Empfehlenswert sei eine stationäre interdisziplinäre Therapie (Urk. 18/3 S. 3 Ziff. 7.1) und Abklärung, weshalb die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden könne (Urk. 18/3 S. 4 Ziff. 8).

Auf entsprechende Zusatzfragen präziserte PD Dr. K. am 21. April 2006, der Unfall sei geeignet gewesen, das aktuelle Beschwerdebild und die neuropsychologischen Defizite hervorzurufen, deshalb sei der Kausalzusammenhang nicht nur gemäss der Schlussfolgerung post hoc ergo propter hoc gegeben (Urk. 20 Ziff. 1). Zum jetzigen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig (Urk. 20 Ziff. 2).

E. 4.1

Aufgrund der Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer am 16. Mai 2003 eine leichte Distorsion der HWS erlitten hat. Übereinstimmend wurde auch festgestellt, dass es weder zu einer Bewusstseinsstörung, noch einem Bewusstseinsverlust noch einer Amnesie gekommen sei.

4.2 Dass auch ein Kopfanprall stattgefunden hat, lässt sich den in zeitlicher Nähe zum Unfall erstellten Berichten nicht entnehmen; im Rahmen der Untersuchung am D. im Februar 2004 verneinte der Beschwerdeführer die entsprechende Frage sogar ausdrücklich. Im am 26. Juli 2004 ausgefüllten Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen (Urk. 11/19 = Urk. 3/4) machte er erstmals die gegenteilige Angabe, wonach ein Kopfanprall stattgefunden habe (Urk. 11/19 S. 2 unten). Im Bericht von Dr. F. vom 1. September 2004 wurde dann wieder kein Kopfanprall erwähnt. Erst Dr. I. schilderte am 13. September 2004 den Unfall wiederum mit Kopfanprall, dies mit dem Hinweis, er würde sich sehr wundern, wenn kein Kopfanprall stattgefunden hätte.

Es ist kein plausibler Grund ersichtlich, weshalb ein allfälliger Kopfanprall über ein Jahr hätte unerwähnt bleiben beziehungsweise in mindestens

einem Fall sogar negiert werden sollen, wenn er effektiv stattgefunden hätte. In Würdigung der sich im Zeitverlauf widersprechenden Angaben des Beschwerdeführers gegenüber verschiedenen Untersuchern ist deshalb mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein Kopfanprall stattgefunden hat.

E. 4.3

Analoges gilt für die Zeitdauer, während der der Beschwerdeführer nach dem Unfall symptomlos gewesen ist. Anfanglich nannten verschiedene Untersucher als Angabe des Beschwerdeführers eine Zeit von 48 Stunden oder zwei Tagen. Wiederum erst im Erhebungsblatt vom Juli 2004 machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerden seien „innert Stunden“ aufgetreten (Urk. 11/19 S. 3 oben). Gegenüber Dr. I. sprach er sodann von zwei Stunden, was dieser von sich aus als die typische Latenzzeit bezeichnete.

E. 4.4

Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden stand und steht offensichtlich das übereinstimmend diagnostizierte zervikocephale (beziehungsweise gemäß Dr. J.: zervikovertebrale) Syndrom im Vordergrund, mithin Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daneben wurden vom Beschwerdeführer mannigfache weitere, je nach Untersucher unterschiedliche Beschwerden genannt, so namentlich (diffuse) Kopfschmerzen, leichte Schluckstörungen, schmerzbedingte Schlafstörungen, Trümmelbeschwerden bei schnellen Positionswechseln, ein ungerichteter Sekundenschwindel bei schnellen Kopfbewegungen, gelegentlich leichte lumbale Schmerzen, ausstrahlende Schmerzen im ganzen linken oberen Körperquadranten, 1-2 Monate nach dem Unfall erstmals bemerkte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Herzbeschwerden, rasche Ermüdbarkeit, Müdelkeit während der Fortbewegung im Tram, vermehrte Unsicherheit in Gesellschaft.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Oktober 2004 wurden neu Sehstörungen und Lichtempfindlichkeit erwähnt, hingegen wurde das Auftreten von Schwindel nun ausdrücklich verneint. Im Bericht vom März 2006 wurde Schwindel wieder erwähnt sowie neu eine Kraft- und Gefühllosigkeit in Armen und Händen sowie ziehende Schmerzen und ein Tinnitus in beiden Ohren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä PD Dr. K. konzentrierte sich in seinen Darlegungen weitestgehend auf den Befund der druckdolenten Nackenmuskulatur. Gleichzeitig bejahte er die Frage nach dem Vorliegen des typischen Beschwerdebildes nach Schleudertraum, dies allerdings ohne dafür eine Begründung abzugeben oder entsprechende Befunde erhoben zu haben.

E. 4.5

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall ergibt sich, dass Hausarzt Dr. B. die Wiederaufnahme der Arbeit in vollem Umfang ab Montag, 26. Mai 2003, mithin zehn Kalendertage nach dem Unfall, vorgesehen hatte. In einem Überweisungsschreiben vom 1. September 2003 bezeichnete er die Arbeitsaufnahme als „sicherlich vorzeitig“ (Urk. 11/5/2), bestätigte aber im ärztlichen Zwischenbericht gleichen Datums den 26. Mai 2003 ohne Relativierung als den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % (Urk. 11/5/1 Ziff. 4a). Nach erfolgter Überweisung wurde sowohl im September 2003 als auch

im Dezember 2003 eine volle Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit attestiert. Nach einer vorübergehend zurückhaltenderen Beurteilung im Januar/Februar 2004 wurde von den Ärzten der Rheumaklinik des D. ___ am 20. Februar 2004 ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, ebenso vom Kreisarzt im Juli 2004. Erst Dr. F. ___ schätzte im September 2004 die Arbeitsfähigkeit auf 60 bis maximal 70 %.

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter Dr. I. ___ im September 2004, er habe die Arbeit ein bis zwei Wochen nach dem Unfall mit Unterbrüchen und nur zu 25 % bis 50 % wieder aufgenommen, als offensichtlich unzutreffend und als in einem Masse übertrieben, welches nicht geeignet erscheint, das Vertrauen in die Verlässlichkeit der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers zu stärken.

4.6 Im Februar 2004 wurde der Beschwerdeführer, nachdem er dem Psychologen vorgestellt worden war, zur Schmerztherapie weiter überwiesen. Die entsprechenden Abklärungen führten dann allerdings im Juli 2004 zum Schluss, das arbeitsbezogen relevante Problem sei nicht ein körperliches Defizit, sondern die Unzufriedenheit des Beschwerdeführers bezüglich der angestammten Arbeit. Kreisarzt Dr. E. ___ äusserte sich im Juli 2004 zu einer allfälligen psychischen Komponente, Dr. F. ___ berichtete im September 2004, der Beschwerdeführer wirke stimmungsmässig recht depressiv, und Dr. I. ___ diagnostizierte ebenfalls im September 2004 einen Verdacht auf psychogene Überlagerung, allenfalls eine Anpassungsstörung mit depressiver Komponente. Nach dem Absolvieren des Rehabilitationsprogramms im medizinischen Zentrum H. ___ wurde im Oktober 2004 unter anderem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Die Neuropsychologin Dr. L. ___ erklärte schliesslich im März 2006, die festgestellte Reduktion des allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus lasse sich, falls sich aus neurologischer Sicht kein weiterer Anhaltspunkt für ein organisches Korrelat ergebe, nur ausgehend von einer depressiven Überlagerung beziehungsweise einer massiven psychischen Dekompensation erklären. Im Widerspruch dazu, aber ohne jegliche nähere Begründung, führte PD Dr. K. ___ im April 2006 aus, der Unfall sei geeignet gewesen, unter anderem die neuropsychologischen Defizite hervorzurufen.

E. 5

5.1 Da der Beschwerdeführer eine - wenn auch leichte - Distorsion der HWS erlitten hat, ist vorab zu klären, in Anwendung welcher Rechtsprechung die Frage des rechtsgenüßlichen Kausalzusammenhangs zwischen aktuellen Beschwerden und stattgefundenem Unfall zu beurteilen ist.

5.2 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Dies wird damit begründet, dass nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung anzunehmen ist, dass der Unfallmechanismus bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule zu Mikroverletzungen führt, welche für das erwähnte bunte Beschwerdebild mit Wahrscheinlichkeit ursächlich oder zumindest im Sinne einer Teilursache

mitverantwortlich sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass ein Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen kann, auch wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind. Dabei ist es nicht entscheidend, ob die im Anschluss an ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden. Entscheidend ist einzig, dass die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit führen (BGE 117 V 363 f. Erw. 5d/aa).

5.3 Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs, die im Regelfall aus medizinischer Sicht gestützt auf entsprechende organische Nachweise beantwortet wird, wird also nach stattgehabter HWS-Verletzung dann bejaht, wenn für noch bestehende Beschwerden keine organischen Ursachen nachweisbar sind (womit der natürliche Kausalzusammenhang im Regelfall zu verneinen wäre), aber ein zur Arbeitsunfähigkeit führendes, als typisch bezeichnetes buntes Beschwerdebild - im Sinne einer der medizinischen Forschung entnommenen Vermutung - annehmen lässt, die Beschwerden seien durch die HWS-Verletzung verursacht worden.

Die Frage ist, wenn das genannte typische Beschwerdebild nicht vorliegt, so fehlt die Grundlage für die Vermutung, es bestehe dennoch ein natürlicher Kausalzusammenhang und dieser ist wie im Regelfall zu beurteilen, also bei somatischen Beschwerden, sofern ein organisches Korrelat fehlt, zu verneinen und bei psychischen Beschwerden nach der dafür entwickelten Praxis (BGE 115 V 133) zu behandeln.

5.4 Der Katalog der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden ist aus-gesprochen reichhaltig (vgl. vorstehend Erw. 4.4). Dabei handelt es sich weitestgehend um lediglich anamnestisch geklagte Beschwerden, von denen nicht ersichtlich ist, dass ihnen auch klinisch gesicherte Befunde entsprechen. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil sich die Angaben des Beschwerdeführers sowohl betreffend den Unfallhergang als auch die Latenzzeit der einschlägigen Symptome als auch den Umfang der späteren Arbeitsunfähigkeit als widersprüchlich und unzuverlässig erwiesen haben. Berücksichtigt man ferner, dass der Beschwerdeführer einzelne der genannten Beschwerden den einen Untersuchern gegenüber bestätigte, anderen gegenüber hingegen explizit verneinte, so sind erhebliche Zweifel an seinen Angaben angezeigt. Schliesslich ist nicht unplausibel, dass der Beschwerdeführer angesichts der - als regelmässiger Bestandteil des entsprechenden Untersuchungsauftrags - stetig wiederkehrenden gleichen Fragen im Sinne eines gewissen Lerneffekts auch Phänomene zu registrieren und als Beschwerden zu bestätigen begonnen haben könnte, die er ohne entsprechende Nachfrage womöglich nicht als solche wahrgenommen hätte.

Doch selbst oder gerade wenn man die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden in ihrer ganzen Breite würdigt, so lässt dies nicht den Schluss zu, es handle sich dabei um dasjenige typische Beschwerdebild, welches den Rückschluss auf eine Verursachung durch den Unfall zuliesse. Wohl hat der Beschwerdeführer mitunter auch einzelne Beschwerden genannt, die zu den sogenannten typischen gehören. Dies erklärt sich jedoch einerseits damit, dass er eine derartige Fülle von Beschwerden angeführt hat, dass es kaum überrascht, dass auch sogenannte typische darunter sind. Andererseits sind etwa die angegebenen Trammelbeschwerden

bei schnellen Positionswechseln oder Sekundenschwindel bei schnellen Kopfbewegungen kaum von Empfindungen abzugrenzen, wie sie auch weitgehend gesunden Menschen widerfahren können. Klarerweise keine im genannten Sinn typischen Beschwerden sodann sind insbesondere die wiederholt genannten Herzbeschwerden, lumbale Schmerzen, im ganzen linken Körperquadranten ausstrahlende Schmerzen, Ohrenscherzen oder die Kraft- und Gefühllosigkeit in Armen und Händen.

Die gesamte vom Beschwerdeführer genannte Palette von Beschwerden ist somit, obwohl auf ihre Art ebenfalls bunt, zu unterscheiden vom sogenannt typischen Beschwerdebild nach HWS-Verletzungen und kann nicht mit diesem gleichgesetzt werden.

Dazu kommt als weiterer und letztlich entscheidender Punkt, dass alle vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden, ob sogenannt typische oder andere, nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben, dies jedenfalls im Zeitraum von fast 1 ½ Jahren nach dem Unfall, wenn man auf die erstmals zurückhaltendere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F. abstellen, und sogar ohne zeitliche Begrenzung, wenn man Dr. F. nicht folgen wollte, was hier nicht entschieden zu werden braucht.

Damit ist zusammenfassend erstellt, dass die Voraussetzung, unter welcher der natürliche Kausalzusammenhang zwischen aktuellen Beschwerden und erlittener HWS-Verletzung trotz fehlendem organischen Korrelat als gegeben angenommen wird, nämlich ein charakteristisches Bild von Beschwerden, welche zu einer ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit geführt haben, vorliegend nicht erfüllt ist: Einerseits entsprechen die geklagten Beschwerden einer unspezifischen Ansammlung unterschiedlichster Beeinträchtigungen und fügen sich nicht zum typischen Gesamtbild, und andererseits haben sie gar keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt.

Somit fällt eine Prüfung des rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs nach Massgabe von BGE 117 V 359 ausser Betracht.

E. 6

6.1 Dass im Februar 2004 einerseits eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert und andererseits eine Schmerztherapie in Aussicht genommen wurde, verweist ebenso deutlich auf eine nicht-somatische, mithin psychische Problematik wie die Feststellung im Juli 2004, wonach das Problem nicht ein körperliches Defizit, sondern die Unzufriedenheit des Beschwerdeführers mit seiner Situation sei. Auch die untersuchenden Neurologen äusserten sich im September 2004 im Sinne zumindest einer psychischen Komponente. Nach der ambulanten Rehabilitationsbehandlung im medizinischen Zentrum H. wurde sodann ausdrücklich eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert.

Vor diesem Hintergrund leuchten die Beurteilungen durch Dr. E. im Oktober 2004 und Dr. J. im März 2005 ein, wonach keine organischen Unfallfolgen und keine unfallbedingte somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Damit übereinstimmend waren im März 2006 die neuropsychologischen Einbussen nur mit einer depressiven Überlagerung beziehungsweise massiven psychischen Dekompensation erklärbar.

Somit ist davon auszugehen, dass die aktuellen Beeinträchtigung psychische Unfallfolgen darstellen, womit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach Massgabe von BGE 115 V 133 zu prägen ist.

6.2 Die vom Beschwerdeführer eingereichte Interdisziplinäre Beurteilung durch das UMEG vom März 2006 vermag zu keinen anderen Schlüssen zu führen:

Ausser dem neuropsychologischen Teilgutachten stammen seine sämtlichen Bestandteile (Aktenzusammenfassung, Beantwortung der Fragen, rheumatologisches Teilgutachten, interdisziplinäre Beurteilung) vom gleichen Arzt, nämlich PD Dr. K. _____. Die Verteilung auf verschiedene Dokumente vermag diese Einseitigkeit nicht zu beseitigen. Das rheumatologisches Teilgutachten erschließt sich in der Wiedergabe erhobener Befunde und die Aktenzusammenfassung besteht aus ausgesprochen selektiven Fragmenten. In der interdisziplinäre Beurteilung wurden zentrale Aussagen aus neuropsychologischer Sicht weder berücksichtigt noch überhaupt erwähnt, so etwa, dass die erhobenen Befunde nur mit einer depressiven Überlagerung erklärbar seien und dass kein typisches Beschwerdebild nach Schleudertrauma vorliege.

Die Argumentation in der interdisziplinären Beurteilung erschließt sich in der Feststellung, dass die Nacken-/Schulter-Muskulatur im klinischen Untersuch verspannt und druckdolent sei, und im wiederholten Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall gesund und leistungsfähig gewesen sei und dass die Aufnahme einer Schmerztherapie erwogen worden sei, deren Kostspieligkeit belege, wie gravierend das Krankheitsbild sei. Dies stellt keine überzeugende Begründung dar.

Insgesamt leidet die UMEG-Beurteilung, mit Ausnahme des neuropsychologischen Teilgutachtens, an derart offenkundigen Mängeln, dass sie nachgerade als Gefälligkeitsgutachten qualifiziert werden muss.

6.3 Der Unfall vom 16. Mai 2003 ist im mittleren Bereich und näher an der Grenze zu einem leichten als zu einem schweren Unfall einzuordnen, waren doch die beiden beteiligten Fahrzeuge im Anfahren begriffen, bewegten sich also höchstens wenig schneller als im Schrittempo, als sie kollidierten.

Dementsprechend müssen zur Bejahung der Adäquanz die massgebenden Kriterien, wenn nicht in gehäuft oder auffallender Weise, so doch in nennenswertem Umfang erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann.

Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind nicht gegeben, ebenso wenig eine besondere Schwere oder Art der erlittenen Verletzungen. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist zu verneinen, gründeten doch die therapeutischen Bemühungen schon kurze Zeit nach dem Unfall gerade in der psychisch bedingten Fehlverarbeitung des Unfalls durch den Beschwerdeführer. Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gibt es keine, wie auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden kann. Das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit schliesslich ist angesichts einer kurz nach dem Unfall wieder vollumfänglich erlangten Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht klar zu verneinen.

Bei dieser Sachlage kann offen gelassen werden, wie es sich mit dem Kriterium körperlicher Dauerschmerzen verhält, ob also der Umstand, dass der Beschwerdeführer - bei klinisch festgestellter Verspannung und Druckdolenz - dauernde

Nackenschmerzen angegeben hat, für eine Bejahung auszureichen vermögliche oder ob diese als Folge der psychischen Fehlverarbeitung ausser Acht zu bleiben hätten.

Da die massgebenden Kriterien jedenfalls in überwiegender Zahl klarerweise nicht erfüllt sind, ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den im Beurteilungszeitpunkt bestehenden Beschwerden und dem erlittenen Unfall zu verneinen.

Somit fehlt es an einem rechtsgemässigen Kausalzusammenhang und die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht zu Recht verneint. Dementsprechend ist der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

E. 7

7.1 Mit Kostennote vom 11. Dezember 2006 machte die vom Gericht eingesetzte unentgeltliche Rechtsvertreterin einen Aufwand von 50.67 Stunden und Barauslagen von Fr. 1'086.20 geltend (Urk. 25/2-3). Vom zeitlichen Aufwand entfielen dabei rund 8 Stunden auf Instruktionshandlungen, namentlich Korrespondenz und Telefonate mit dem Beschwerdeführer, rund 4.5 Stunden auf Aktenstudium, rund 23 Stunden auf das Verfassen der Beschwerde. Als Barauslagen wurden für über 900 Franken Fotokopien fakturiert.

7.2 Gemäss § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses.

Gemäss § 9 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) richtet sich die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung nach § 8 GebV SVGer. Gemäss § 8 GebV SVGer wird für unnötigen oder geringfügigen Aufwand keine Entschädigung zugesprochen.

7.3 Der von der unentgeltlichen Rechtsvertreterin fakturierte Aufwand hält einer Prüfung gemäss den Kriterien der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses wie auch der Nichtverrechenbarkeit unnötigen oder geringfügigen Aufwands nicht stand, sondern ist als geradezu exzessiv einzustufen.

Nicht zu entschädigen ist der Aufwand im Umfang von rund 10 Stunden, der nicht dem vorliegenden Verfahren anzurechnen ist, wie namentlich Korrespondenz mit dem Haftpflichtversicherer (H3), einem nicht weiter aktenkundigen Hals-, Nasen- und Ohrenarzt (HNO) und die Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Parteigutachten, das nicht erforderlich war und infolge Unbrauchbarkeit auch ohne Bedeutung für die Entscheidungsfindung geblieben ist.

Sodann wurden rund 8 Stunden Instruktionaufwand fakturiert. Über die Intensität der Mandantenbetreuung muss an sich die Rechtsvertreterin selber entscheiden; hingegen kann nicht jeder beliebige Aufwand zu Lasten des Staates abgerechnet werden. Soweit die Rechtsvertreterin den Instruktionaufwand über das als angemessen erscheinende Mass von 1½ Stunden ausgedehnt hat, ist dies - auch finanziell - ihre Sache.

Weiter erfordert die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses vorliegend keineswegs das Verfassen einer Beschwerde im Umfang von 45 Seiten, mithin auch nicht den fakturierten Aufwand von rund 23 Stunden. Als angemessen

im Sinne der genannten Kriterien kann diesbezüglich - zusätzlich zu 4 1/2 Stunden für das Studium der seit dem Einspracheverfahren unverändert gebliebenen Akten - ein Aufwand von 5 Stunden gelten.

Berücksichtigt man den noch verbleibenden fakturierten Aufwand (50.67 ./ 10 ./ 8 ./ 23 ./ 4.5 Stunden) von rund 5 Stunden ohne nähere Prüfung in vollem Umfang, so resultiert als entschädigungsberechtigt ein Aufwand von 1.5 Stunden (Instruktion), 4.5 Stunden (Aktstudium), 5 Stunden (Beschwerdeschrift) und 5 Stunden (Verschiedenes), mithin ein Total von 16 Stunden.

Auch die fakturierten Barauslagen - Telefon- und Portospesen von rund 100 Franken und Fotokopien für weit über 900 Franken - sind zu beanstanden. Soweit Telefon- und Portokosten durch die gewählte besondere Intensität der Mandantenbetreuung verursacht sind, sind sie aus dem gleichen Grund nicht zu entschädigen wie der entsprechende Zeitaufwand. Der Fotokopieraufwand schliesslich überschreitet jedes Mass. Teilweise ist er auch ohne weiteres als offensichtlich unnötig erkennbar, besteht doch namentlich keinerlei Notwendigkeit, mit der Beschwerde Kopien von Akten der Beschwerdegegnerin zu unterbreiten (Urk. 3/3-26), welche diese dem Gericht ohnehin einreicht (vgl. Art. 21 Abs. 1 GSVGer). Wie sich im Übrigen der exorbitante in Rechnung gestellte Betrag erklärt, braucht deshalb nicht geklärt zu werden, weil auch die Barauslagen nur in dem Umfang zu ersetzen sind, in welchem sie sich als angemessen, mithin weder unnötig noch geringfügig, vertreten lassen.

Anzuerkennen sind in diesem Sinne Barauslagen in der Höhe von Fr. 150.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer), was noch immer deutlich über der mancherorts üblichen Kleinspesenpauschale von 2 oder eventuell 3 % des Honorarbefrags liegt.

Somit ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Katja Ziehe, KÄsnacht, wird mit Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Katja Ziehe
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- die Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 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 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.