

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00010 vom 26. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00010 du 26 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00010 del 26 giugno 2009

Erwägungen

E. 3

3.1. Aus dem Polizeirapport zum Ereignis vom 22. März 2000 ergibt sich, dass der Beschwerdeführer mit seinem Auto bei starkem Verkehr mitten auf der Strasse anhalten musste, da er nach links in eine andere Strasse einbiegen wollte und zunächst dem entgegenkommenden Verkehr den Vortritt gewähren musste. Ein hinter ihm fahrender Automobilist, welcher mit rund 50 km/h fuhr, bemerkte das vor ihm stehende Auto zu spät, so dass es zur Auffahrkollision mit dem Fahrzeug des angegurteten Beschwerdeführers kam. Da der Beschwerdeführer noch am Unfallort über starke Nackenschmerzen klagte, wurde er zur ärztlichen Betreuung mit der Sanität ins Spital A. gefahren (vgl. Urk. 14/P4-P13).

Gegenüber den Ärzten gab der Beschwerdeführer zusätzlich an, er habe sich anlässlich des Unfalls den Kopf an der Kopfstütze angeschlagen und sei kurz benommen gewesen (vgl. Urk. 14/M1 S. 1).

Eine von der AXA in Auftrag gegebene unfallanalytische Stellungnahme ergab eine wahrscheinliche kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ("Delta-v") von 17-23 km/h. Der begutachtende Ingenieur kam mit Blick auf die Ergebnisse verschiedener Studien zum Schluss, dass unter diesen Umständen unfallkausale Schleudertrauma-Beschwerden nicht auszuschliessen beziehungsweise erklärbar seien (vgl. Urk. 14/31; vgl. auch Urk. 3/19).

3.2. Aus dem Bericht der erstbehandelnden Ärzte des Spitals A. geht hervor,

dass sich im Anschluss an den Auffahrunfall mit HWS-Distorsion bei Eintritt ins Spital keine Prellmarken am Kopf fanden. Laut den Ärzten bestanden nach dem Unfall keine Bewusstlosigkeit und keine Übelkeit mit Erbrechen. Der Beschwerdeführer war vom 22. bis zum 24. März 2000 hospitalisiert und klagte zunächst über starke Schmerzen im Kopf und Nacken, welche unter Analgesie reduziert werden konnten (Urk. 14/M16; vgl. auch Urk. 14/M7).

Am 13. April 2000 untersuchte Dr. med. J., Facharzt für Neurologie, den Beschwerdeführer und diagnostizierte eine Cervikocephalgie nach HWS-Distorsion infolge Auffahrkollision von hinten am 22. März 2000 mit Weichteilbeschwerden. Gegenüber Dr. J. klagte der Beschwerdeführer über Hinterkopfschmerzen, Pfeifen in den Ohren, Schwindel beim Aufrichten und Übelkeit sowie eine Blockierung des rechten Beines und ein eigenartiges Mähdigkeitsgefühl im Bereich der linken Thoraxhälfte. Neurologische Ausfälle konnte Dr. J. - sowohl

klinisch als auch mittels EEG - nicht feststellen. Er erhob aber einen Hartspann vornehmlich des Musculus levator scapulae und der paravertikalen Nackenmuskeln, weniger des Musculus trapezius. Der Kopf sei passiv fast frei beweglich gewesen mit massiver Verspannung bei aktiver Bewegung. Neuropsychologische Ausfälle hielt Dr. J. ___ für wahrscheinlich. Die Thoraxbeschwerden links führte er auf eine beim Unfall erlittene Gurtverletzung zurück. Weiter wies er auf eine allgemeine Adynamie im Verhalten hin (Urk. 14/M1).

Am 16. April 2000 klagte der Beschwerdeführer gegenüber den Ärzten des Spitals A. ___ über starke Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule sowie paravertebral links, über Kopfschmerzen im Bereich der linken Hemisphäre, Schwelligkeit und Lichtscheue. Die Ärzte erhoben einen muskulären Hartspann paravertebral links im Bereich der Halswirbelsäule (Urk. 14/M10).

In einem Bericht vom 19. Mai 2000 führte der damalige Hausarzt Dr. med. B. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, als aktuelle Beschwerden Nackenschmerzen mit Schwächegefühlen im Bereich der Schulter und des Arms links auf. Da sich seiner Ansicht nach die objektiven Befunde und das Verhalten des Beschwerdeführers nicht recht deckten, wobei der Beschwerdeführer beim Stehversuch und beim Strichgang eine auffällige Tendenz gezeigt habe, nach links zu fallen beziehungsweise abzudriften, ersuchte Dr. B. ___ den Neurologen Dr. J. ___ um eine erneute Untersuchung (Urk. 14/M4).

Die Nachkontrolle bei Dr. J. ___ am 29. Mai 2000 ergab die Diagnose einer persistierenden, möglicherweise reaktiv psychogen überlagerten Restsymptomatik nach HWS-Schleudertrauma sowie eine vegetative Orthostase. Als aktuelle Beschwerden führte Dr. J. ___ im entsprechenden Bericht vom 7. Juni 2000 linksseitige Kopfschmerzen, einen linksseitigen Tinnitus sowie Schulterschmerzen links, Ohrenweh und eine Schwäche in den Beinen auf. Der Kopf sei passiv frei beweglich gewesen, aber mit aktiver Anspannung der Nackenmuskulatur beim Bewegen. Es hätten keine Hartspannveränderungen oder Triggerpunkte an Nacken und Schultergürtel erhoben werden können. Neurologisch bestehe nach wie vor ein normaler Befund, allerdings mit einer deutlichen vegetativen Dysregulation (Blässe, Hydrose) und einer Hypotonie mit leichter Orthostasetendenz. Psychisch wirke der Beschwerdeführer auffällig mit einer morosen Verstimmung, Verlangsamung und Überlagerungstendenz. Dr. J. ___ wies sodann auf die Ergebnisse einer MRI-Untersuchung des Gehirns und der Halswirbelsäule vom 6. Juni 2000 hin, welche zwar eine sich langsam bildende Osteochondrose C5/6 und C6/7 ergeben habe, aber insgesamt mit grosser Wahrscheinlichkeit traumatische Veränderungen ausschliessen lasse (vgl. auch Urk. 14/M6). Abschliessend wies Dr. J. ___ darauf hin, dass er aufgrund der aktuellen besonderen Lebenssituation des Beschwerdeführers mit drohender Rückweisung in seine alte, vom Krieg verödete Heimat eine faire Beurteilung des Falls für äusserst schwierig halte und nicht beurteilen könne, ob beim Beschwerdeführer einer der häufigeren günstigen Verläufe nach HWS-Schleudertrauma, dessen Heilung durch die speziellen unfallfremden Umstände kompliziert werde, vorliege, oder ob tatsächlich ein komplizierter Verlauf nach HWS-Schleudertrauma gegeben sei. Körperlich scheine heute das meiste in Ordnung zu sein. Es sei wahrscheinlich das Beste, den Beschwerdeführer durch einen albanisch sprechenden Psychiater explorieren zu lassen (Urk. 14/M5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Verlaufsbericht vom 9. Juni 2000 erwähnte Dr. B. ___ eine persistierende Restsymptomatik sowie eine leichte depressive Verstimmung (Urk. 14/M3; vgl. auch Urk. 14/M2). Am 19. Juni 2000 hielt er zu Händen der Fremdenpolizei fest, dass zurzeit noch Schmerzen in der Halswirbelsäule beständen, sich diese Beschwerden aber mit einiger Erwartung in den nächsten Wochen zurückbilden sollten (Urk. 3/3). In einem Verlaufsbericht vom 11. September 2000 wies Dr. B. ___ darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer bisher andauernd für arbeitsunfähig gehalten habe und dass die letzte Konsultation bei ihm am 24. Juli 2000 stattgefunden habe, und der Beschwerdeführer seither unentschuldigt weggeblieben sei (Urk. 14/M8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 25. Juli und am 10. August 2000 fanden auf Veranlassung von Dr. B. ___ zwei Explorationsgespräche im Psychiatrischen Zentrum C. ___ statt. Dabei gab der Beschwerdeführer an, im Anschluss an seinen Unfall mit Schleudertrauma unter starken Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Lärmempfindlichkeit, häufigen Angstzuständen sowie Suizidgedanken zu leiden. Seit dem Unfall empfinde er sich als anderer Mensch. In der Untersuchungssituation erschien er den Psychiatern als leicht misstrauisch, innerlich unruhig und gespannt. In diagnostischer Hinsicht gingen sie vom Verdacht auf eine Anpassungsstörung nach Auffahrunfall mit Schleudertrauma (ICD-10: F43.20) aus und hielten eine längerdauernde Psychotherapie für indiziert. Aufgrund des Fernbleibens des Beschwerdeführers sei eine solche Therapie aber nicht möglich gewesen (vgl. den Bericht vom 18. Oktober 2000, Urk. 14/M9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer begab sich ab 22. September 2000 zu Dr. med. K. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, in Behandlung. Dieser fand erhebliche paravertebrale Verspannungen vor. Der Beschwerdeführer habe über viel Kopfweh und Tinnitus geklagt. Nach manualtherapeutischen Behandlungen sei es ihm jeweils besser gegangen, zur Physiotherapie sei er nie erschienen. Nach Ansicht von Dr. K. ___ waren die Schmerzangaben des Beschwerdeführers muskulärer Genese. Sie seien ohne weiteres glaubhaft und gingen auf den Verkehrsunfall vom 22. März 2000 zurück (Urk. 14/M11).

3.2.2 Ä Ä Im Auftrag der AXA untersuchte Dr. med. L. ___, Oberarzt des M. ___ und Facharzt für Neurologie, den Beschwerdeführer gutachterlich. Dem Gutachten vom 8. Januar 2001 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer Dr. L. ___ gegenüber über über linksseitige Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, ein Ohrpfeifen links, Brustschmerz sowie eine Handschwäche und -missempfindung links geklagt hatte. Seit dem Unfall beständen die Kopfschmerzen permanent, die Nacken- und Schulterschmerzen traten vor allem bei starken Kopfschmerzen auf. Rund eine Woche nach der Entlassung aus dem Spital A. ___ habe das Pfeifen im linken Ohr eingesetzt. Im Verlauf habe sich diese Problematik gebessert. Die linke Hand sei rund eineinhalb bis zwei Monate nach dem Unfallereignis kälter geworden, wobei der Beschwerdeführer auch ein Kribbeln in den Fingern IV und V links sowie im Oberarm an der Aussenseite verspüre. Die linksseitigen Schmerzen im Brustkorb beständen seit einem Monat, und zwar vor allem beim Einatmen. Die klinische Untersuchung des Dr. L. ___ ergab eine links um einen Drittel eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule und einen paravertebralen Hartspann im Bereich der Lendenwirbelsäule. Dr. L. ___ diagnostizierte einen Status nach HWS-Akzelerationstrauma am 22. März 2000 mit/bei einem chronischen zervikozephalen Syndrom mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp bei Verdacht auf Aggravation durch fortgesetzten Schmerzmittelabusus, einem

zervikobrachialen Syndrom links, vegetativen Störungen mit Tinnitus links sowie einer reaktiv depressiven Entwicklung. Zum andern diagnostizierte er unklare Brustschmerzen links. Die linksseitigen Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen seien sicher, das Ohrpfeifen links aber überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die Beschwerden in der linken Hand seien am ehesten im Rahmen der Nackenbeschwerden aufgetreten, da hierzu aber objektivierbare Befunde fehlten, sei ein Zusammenhang dieser Beschwerden mit dem Unfall lediglich möglich. Dasselbe gelte für den Brustschmerz links, da sich auch diesbezüglich kein objektivierbares Korrelat finde. Die bisherige Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, wobei aber nicht von einer anhaltenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Es könne von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit während den ersten beiden Monaten nach dem Unfall ausgegangen werden, anschliessend für zwei Monate von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit, und danach sollte der Versicherte zu 80 % arbeitsfähig gewesen sein. Da die Behandlung des erst neun Monate zurückliegenden Unfalls noch nicht abgeschlossen sei, weil in therapeutischer Hinsicht noch nicht alle Optionen ausgeschöpft worden seien, sei eine endgültige Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit noch nicht möglich. Eine Weiterführung der Heilbehandlung sei notwendig und zweckmässig, wobei aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht eine psychiatrische Exploration und gegebenenfalls Behandlung wünschenswert sei, sofern dies vom Beschwerdeführer auch gewünscht werde und eine Compliance bestehe. Das chronische Schmerzsyndrom sowie die depressive Verstimmung sollten mit tricyclischen Antidepressiva behandelt werden. Nach erfolgter Therapieoptimierung sei aufgrund neurologischer Erfahrungswerte mit einer Abheilung der Beschwerden und einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit als Kassenhilfe zu rechnen. Eine Chronifizierung der Beschwerden bleibe ihm wohl erspart (Urk. 14/M12).

3.2.3.1 Laut Bericht von Dr. K. ___ vom 15. Mai 2001 war der weitere Beschwerdeverlauf schlecht. Der Beschwerdeführer leide unter sehr starken Schmerzen, sei verzweifelt und wolle weder Physiotherapie noch weitere Konsultationen. Er sei der Auffassung, dass nur ein weiteres CT Linderung bringen könne, wobei er (Dr. K. ___) dafür kein Verständnis habe, da solche Untersuchungen bereits gemacht worden seien. Es sei vermutlich ein dauerhafter Gesundheitsschaden zu erwarten (Urk. 14/M13).

3.2.4.1 Am 22. Oktober 2001 sah Dr. K. ___ den Beschwerdeführer das nächste Mal wegen eines weiteren Unfalls (Treppensturz vom 18. September 2001). Er stellte keinen Zusammenhang mit dem alten Unfall fest. Der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber nicht über Rückenschmerzen geklagt, weshalb er davon ausgehe, dass diese erträglich seien. Er habe dem Beschwerdeführer wie von Dr. L. ___ empfohlen zweimal 30 Tabletten eines tricyclischen Antidepressivums abgegeben, welche der Beschwerdeführer offenbar auch eingenommen habe. Danach habe er keine Antidepressiva mehr eingenommen. Ob eine psychiatrische Behandlung eingeleitet worden sei, wisse er nicht (vgl. Urk. 14/M14).

3.2.4.2 In einer Besprechung vom 12. November 2001 mit der zuständigen Sachbearbeiterin der AXA gab der Beschwerdeführer an, nach wie vor unter linksseitigen Nacken-, Schulter-, Kopf- und Ohrenscherzen zu leiden. Rückenschmerzen verneinte er dagegen ausdrücklich. Das C. ___ habe er nicht mehr aufgesucht, da er der Auffassung sei, dass seine Beschwerden rein körperlich bedingt seien. Hinsichtlich des

Treppensturzes vom 18. September 2001 machte er geltend, dieser sei auf einen Schwindel zurückzuführen, unter welchem er seit dem Unfall vom 22. März 2000 leide. Anlässlich dieses Unfalls habe er sich die rechte Hand und das linke Bein/Knie verletzt (vgl. Urk. 14/49).

Â Â Â Â Â Â Â Â Laut telefonischer Auskunft gegenüber der AXA vom 6. Dezember 2001 behandelte Dr. K.____ den Beschwerdeführer noch am 30. Oktober sowie am 22. November 2001. Bei diesen Konsultationen hätten Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 23. März 2000 nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Dr. K.____ gab sodann an, nicht sicher zu sein, ob der von Dr. L.____ empfohlene Einsatz von Antidepressiva zur Zeit nötig sei. Hinsichtlich des erneuten Unfalls vom 18. September 2001 führte Dr. K.____ aus, der Beschwerdeführer habe ihm gesagt, infolge eines Schwindels die Treppe hinuntergefallen zu sein. Dr. K.____ wiederholte seine Einschätzung, dass wohl kaum ein Zusammenhang dieses Unfalls mit dem Unfall vom 22. Dezember 2000 bestehe. Er habe sich nicht notiert, dass der Beschwerdeführer vor dem Sturz unter Schwindel gelitten habe, wobei davon auszugehen sei, dass er ihn sofort aufgesucht hätte, falls der Treppensturz tatsächlich auf einen Schwindel zurückzuführen gewesen wäre. Der Beschwerdeführer habe ihn aber erst zwei Wochen später, am 22. Oktober 2001, aufgesucht. Die Behandlung für diesen zweiten Unfall habe inzwischen abgeschlossen werden können (vgl. Urk. 14/50).

3.2.5 Â Â Am 20. September 2002 gab der Beschwerdeführer der AXA an, wieder verstärkt unter Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule links zu leiden. Aus gesundheitlichen Gründen könne er seit drei Monaten nicht mehr arbeiten. Zusätzlich leide er unter Schmerzen in der Hand sowie Ohrenpfeifen (Urk. 14/59). Gemäss Arztbericht vom 3. Dezember 2002 war der Beschwerdeführer mehrmals bei Dr. K.____ wegen eines chronisch-lumbovertebralen Syndroms in Behandlung gewesen. Daneben gehe er in die Physiotherapie, wobei eine Beschwerdebesserung in Sicht sei (Urk. 14/M15). Weiteren Berichten von Dr. K.____ vom 13. sowie 17. März 2003 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer weiterhin mit den Beschwerden in Folge des Schleudertraumas vom 22. März 2000 sowie des Treppensturzes vom September 2001 (Lumbovertebralsyndrom) zu kämpfen habe. Er leide immer noch unter erheblichen, sowohl zervikalen als auch lumbalen Schmerzen (vgl. Urk. 14/M18-19).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus den weiteren medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer zwischen dem 4. und 20. Dezember 2002 wegen Beschwerden im Bereich der oberen Brustwirbelsäule, der Schulter und des Kreuzes mit einer verminderten Mobilität der Brust- und Lendenwirbelsäule, einem dolenten Muskelhartspann im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule links sowie segmentalen funktionellen Blockierungen in diesem Bereich in chiropraktischer Behandlung war. Die behandelnde Chiropraktikerin bejahte die Unfallkausalität dieser Beschwerden (vgl. Urk. 14/M20).

3.2.6 Â Â Laut Bericht vom 20. Januar 2003 war der Beschwerdeführer am 21./22. November 2002 im G.____, wo er mittels einer funktionsorientierten medizinischen Abklärung untersucht wurde. Als Diagnosen werden ein sakrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen strukturell-funktionell unklarer Ursache sowie ein verstärktes zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach dem HWS-Distorsionstrauma vom 22. März 2000 aufgeführt. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in anamnestischer Hinsicht angab, die Nackenschmerzen hätten zwar nach der

neurologischen Begutachtung durch Dr. L. ___ vom D. ___ Anfang 2001 weiterhin angehalten, hätten aber im Verlauf deutlich abgenommen. Er habe dann vollzeitig als LÄftungsmonteur und Schweisser gearbeitet. Nach dem 31. Mai 2002 sei er bis heute zu 100 % arbeitsunfÄhig gewesen, wobei die KÄndigung seitens des Arbeitgebers auf den 30. September 2002 erfolgt sei. Grund fÄr die ArbeitsunfÄhigkeit waren nach Ansicht des BeschwerdefÄhrers Schmerzen aufgrund einer rechtsseitigen Leistenhernie, welche im Juli 2002 operativ angegangen worden sei. Diese Beschwerden seien nach der Operation verschwunden, es seien dann aber zunehmend Schmerzen im sakralen Bereich aufgetreten. Daneben hÄtten nach der Leistenhernienoperation die Nacken- und Kopfschmerzen zugenommen, wobei diese insgesamt von der IntensitÄt her wesentlich geringer als die Sakralschmerzen seien. Bei der klinischen Untersuchung im G. ___ konnten bei der Bewegung der HalswirbelsÄule Endphasenschmerzen provoziert werden, und es fanden sich Druckdolenz an den OccipitalansÄtzen und im Bereich der Cervikalmuskulatur. Ein muskulÄrer Hartspann wurde nicht festgestellt. Der Neurostatus war unauffÄllig. Aufgrund starker Selbstlimitierung und ungenÄgender Leistungsbereitschaft des BeschwerdefÄhrers konnte das arbeitsbezogene relevante Problem mittels Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen LeistungsfÄhigkeit bei schlechter Konsistenz der Tests nicht eruiert werden. Die Spezialisten des G. ___ konnten die Ursache der im Anschluss an die Leistenhernienoperation verstÄrkt aufgetretenen Nacken- und Kopfschmerzen strukturell-funktionell nicht erklÄren. Abschliessend gingen sie von einer ganzÄgigen ArbeitsfÄhigkeit mindestens fÄr eine kÄrperlich leichte TÄtigkeit aus (vgl. Urk. 14/M24).

3.2.7Ä Ä Vom 28. Januar bis zum 25. Februar 2003 war der BeschwerdefÄhrer in der F. ___ zur stationÄren Rehabilitation hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 17. MÄrz 2003 hielten die Ärzte ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom bei Status nach der HWS-Distorsion vom 22. MÄrz 2000, ein thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Erstmanifestation im Januar 2001, rechtsbetonte Knieschmerzen sowie den Verdacht auf eine depressive Entwicklung fest. Die Eintrittsuntersuchung habe eine freie Beweglichkeit der Hals-, Brust- und LendenwirbelsÄule und keine fokalen neurologischen AusfÄlle gezeigt. Der BeschwerdefÄhrer klagte vor allem Äber Schmerzen thorakal und paravertebral links sowie in den Knien und in der linken Schulter. Weiter erwÄhnte er Kopfschmerzen, welche seit dem Unfall vom 22. MÄrz 2000 3-4 mal pro Woche auftrÄten. Den Ärzten fielen eine starke Fixierung auf die Schmerzen sowie eher passive Copingstrategien des BeschwerdefÄhrers auf. Nach der DurchfÄhrung einer neuropsychologischen AbklÄrung gingen die Ärzte von einer zumutbaren RestarbeitsfÄhigkeit von 50 % in einer wechselbelastenden TÄtigkeit aus, wobei eine weitere Steigerung im Verlauf mÄglich sei (vgl. Urk. 14/M22).

3.2.8Ä Ä Da der BeschwerdefÄhrer - nachdem er inzwischen ab 1. Juli 2003 im 100 %-Pensum als LÄftungsmonteur bei der Firma H. ___ GmbH gearbeitet hatte (vgl. Urk. 3/15, Urk. 14/111) - nach einem Leitersturz aus einer HÄhe von drei Metern vom 10. Februar 2004 mit Kontusion der WirbelsÄule, des Kopfes, des Beckens rechts sowie der linken Schulter sowie mÄglicher HWS-Distorsion wieder unter einem die ArbeitsfÄhigkeit einschrÄnkenden zervikozephalen Schmerzsyndrom mit myofaszialer Ausstrahlung in den linken SchultergÄrtel sowie unter einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom rechts litt, wurde von der SUVA, bei welcher der neue Unfall versichert war, eine stationÄre Rehabilitation in der I. ___ veranlasst. Der stationÄre Aufenthalt

dauerte vom 16. Juni bis zum 21. Juli 2004. Der Beschwerdeführer klagte über linksseitige Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schmerzen im oberen Rückenbereich, in der unteren Lendenwirbelsäule sowie im Becken und der Leistengegend rechts. Die Ärzte konnten das Ausmass des subjektiven Beschwerdebildes durch die objektivierbaren somatischen Befunde nicht erklären. Die psychiatrische Abklärung in der I. Hälfte zur Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion sowie grosser Tendenz zur Somatisierung bei erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren. Nach Auffassung der Ärzte der I. Hälfte hinterliess der erste Unfall vom 22. März 2000 mit HWS-Distorsionstrauma eine dauernde Schmerzsymptomatik. Beim Unfall vom 10. Februar 2004 sei es zu einer Verstärkung der Kopf- und Nackenschmerzen und zusätzlichen Rückenschmerzen gekommen.

Dr. med. N. ____, Kreisarzt der SUVA, welche für den Unfall vom 10. Februar 2004 leistungspflichtig war, führte am 12. Oktober 2004 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch. Im diesbezüglichen Bericht hielt er fest, dass der Beschwerdeführer nach wie vor - wie bereits vor dem Unfall vom 10. Februar 2004 - unter panvertebralen Rückenschmerzen im Sinne eines Zervikalsyndroms und eines thorakolumbovertebralen Syndroms leide. Im Lendenwirbelsäulen-Bereich hätten degenerative Veränderungen ohne Hinweise für eine Kompression neuraler Strukturen festgestellt werden können. Ein radikulares Reizsyndrom C8 habe weder klinisch noch neurographisch verifiziert werden können. Der klinische Schulterbefund sei unauffällig gewesen, wobei die endgradigen Schmerzangaben nicht das Schultergelenk, sondern die Trapeziusmuskulatur betreffen würden, und diese Symptomatik im Zusammenhang mit dem Zervikalsyndrom stehe. Nachdem eine strukturelle Verletzung der Wirbelsäule und des Bewegungsapparats durch den Leitersturz vom Februar 2004 habe ausgeschlossen werden können, sei davon auszugehen, dass durch diesen Unfall ein traumatischer Beschwerdeschub verursacht worden sei, welcher heute wieder abgeklungen sei. Ein mindestens wahrscheinlicher Kausalzusammenhang der fortbestehenden Beschwerden mit dem Leitersturz sei nicht mehr anzunehmen (vgl. Urk. 12/54/5 ff. im Verfahren IV.2008.00289).

Im Auftrag des Krankenversicherers wurde der Beschwerdeführer am 24. Januar 2005 in der O. (Nachfolgend: O.) psychiatrisch und orthopädisch-chirurgisch begutachtet. Die Gutachter diagnostizierten ein chronisches zervikospondylogenes und thorakolumbales Schmerzsyndrom sowie eine Anpassungsstörung mit reaktivem, depressivem Verstimmungsbild bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörungen bei schwierigem familiärem, professionellem und kulturellem Hintergrund. Aufgrund der gestellten Diagnosen gingen die Gutachter von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus und attestierten dem Beschwerdeführer ab 1. April 2005 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten, welche das Heben von Gewichten von 5-10 kg mitumfassen (Urk. 3/14).

E. 4

4.1 Laut einhelliger Auffassung der erstbehandelnden Ärzte des Spitals A. (vgl. Urk. 14/M10, Urk. 14/M16), des damaligen Hausarztes Dr. B. (vgl. Urk. 14/M2-3) sowie der den Beschwerdeführer anschliessend untersuchenden Neurologen Dr. J. (vgl. Urk. 14/M1, Urk. 14/M5) und Dr. L. (Urk. 14/M12) erlitt der Beschwerdeführer

am 22. März 2000 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule. Sodann steht aufgrund der medizinischen Akten ohne Weiteres fest, dass dieses Ereignis keine organisch-strukturellen traumatischen Läsionen im Bereich der Halswirbelsäule und des Schädels hinterlassen hat (vgl. Urk. 19 S. 2, Urk. 3/14 S. 2 und 8, Urk. 14/M6). Bei den auf den MRI-Bildern vom 6. Juni 2000 sichtbar gewordenen äußerst diskreten Veränderungen im Sinne beginnender Osteochondrosen im Bereich C5/6 und C6/7 handelt es sich um degenerative Befunde (vgl. Urk. 14/M6). Zum andern ist jedoch aktenmäßig belegt, dass nach und nach viele der zum sogenannt typischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma gehörenden Symptome (vgl. vorstehend Erw. 3.3) auftraten (Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Lichtscheue [vgl. Urk. 14/M10, Urk. 14/M16], Schwindel, Adynamie [Urk. 14/M1] und depressive Verstimmung [Urk. 14/M3]). Das Vorliegen dieser zum typischen bunten Beschwerdebild nach Schleudertrauma gehörenden Symptome führt zusammen mit der klaren und nachvollziehbaren Stellungnahme von Dr. L.____, wonach die Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen links sicher und das Ohrpfeifen links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 22. März 2000 zurückzuführen seien (vgl. Urk. 14/M12 S. 10), offenbar entgegen der Ansicht der AXA (vgl. Urk. 25 S. 3) zur Bejahung der natürlichen Kausalität zwischen diesen unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Beeinträchtigungen und dem Ereignis vom 22. März 2000.

4.2 Sodann ist festzuhalten, dass nicht ersichtlich ist, inwiefern die Beschwerden in der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie im Sakrum auf die am 22. März 2000 erlittene HWS-Distorsion zurückgehen könnten, zumal diese Beschwerden in deutlichem zeitlichem Abstand zum Unfall vom 22. März 2000 erstmals auftraten (vgl. Urk. 14/M22 S. 1, Urk. 14/M24 S. 2) und ein Zusammenhang mit dem Treppensturz vom 18. September 2001 und mit der operierten Leistenhernie beziehungsweise auch rein krankhafte Ursachen wahrscheinlicher sind. Deshalb ist das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhanges dieser Beschwerden mit dem Unfall vom 22. März 2000 nicht überwiegend wahrscheinlich.

5. Sodann ist festzuhalten, dass nicht ersichtlich ist, inwiefern die Beschwerden in der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie im Sakrum auf die am 22. März 2000 erlittene HWS-Distorsion zurückgehen könnten, zumal diese Beschwerden in deutlichem zeitlichem Abstand zum Unfall vom 22. März 2000 erstmals auftraten (vgl. Urk. 14/M22 S. 1, Urk. 14/M24 S. 2) und ein Zusammenhang mit dem Treppensturz vom 18. September 2001 und mit der operierten Leistenhernie beziehungsweise auch rein krankhafte Ursachen wahrscheinlicher sind. Deshalb ist das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhanges dieser Beschwerden mit dem Unfall vom 22. März 2000 nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.1 Die AXA hat für das Unfallereignis vom 22. März 2000 bis zum 17. Februar 2002 Taggeldleistungen erbracht und die Übernahme der Heilungskosten per 28. Februar 2002 eingestellt (vgl. Urk. 2 S. 2). Insoweit ist die Unfallkausalität (auch die adäquate Kausalität) und die sich daraus ergebende Leistungspflicht der AXA - mit Blick auf die Akten zu Recht - nicht bestritten. Da der Beschwerdeführer am 18. Februar 2002 eine neue Stelle als Leistungsmonteur mit einem 100%igen Beschäftigungspensum angetreten hatte (14/55 S. 1, 14/94 S. 5) und die Behandlung der auf den Unfall vom 22. März 2000 zurückgehenden Beschwerden zwischenzeitlich offenbar eingestellt worden war (vgl. dazu Urk. 14/50 sowie Urk. 14/M14-15), wobei der Hausarzt Dr. K.____ am 6. Dezember 2001 ausgeführt hatte, Folgebeschwerden des Unfalls vom 23. März 2000 hätten bei den letzten Konsultationen vom 30. Oktober und 22. November 2001 nur eine untergeordnete Rolle gespielt (vgl. Urk. 14/50; vgl. auch Urk. 14/53 sowie Urk. 14/M14), bestand für die AXA keine Veranlassung zu weiteren Leistungen (vgl. Urk. 14/55-57). Bei Einstellung der Leistungen war auch die am 22. März 2000 ebenfalls erlittene Prellung am linken Vorderarm ausgeheilt (vgl. Urk. 14/8 S. 2).

empfohlenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung blieb der Beschwerdeführer fern (vgl. Urk. 14/M9), wobei er der AXA gegenüber die Auffassung vertrat, nicht unter psychischen Problemen zu leiden (vgl. Urk. 14/49). Ab dem 18. Februar 2002 konnte er wieder uneingeschränkt als Läftungsmonteur arbeiten, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die psychischen Probleme damals weitgehend abgeklungen waren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den ärztlichen Berichten, welche den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum zwischen dem Wiederaufflackern der Kopf- und Nackenbeschwerden nach der Leistenhernienoperation im Juli 2002 und der erneuten Wiederaufnahme der Arbeit als Läftungsmonteur per 1. Juli 2003 abbilden, ergeben sich ebenfalls keine Hinweise auf eine erhebliche psychische Problematik. Dr. K. erwähnte in seinem Verlaufsbericht vom 13. März 2003 einzig einen etwas depressiven Habitus (vgl. Urk. 14/M18), die Ärzte der F. Äusserten in ihrem Bericht vom 17. März 2003 ebenfalls einzig den Verdacht, dass eine depressive Entwicklung vorliege (vgl. Urk. 14/M22 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt ist davon auszugehen, dass auch im Zeitraum zwischen Juli 2002 und der Wiederaufnahme der Arbeit am 1. Juli 2003 höchstens leichtgradige depressive Symptome vorlagen, welche zum einen für sich allein erfahrungsgemäss zu keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu führen vermögen. Zum anderen ist auch festzuhalten, dass der Unfallversicherer für das von den Ärzten des G. beobachtete selbstlimitierende Verhalten (Urk. 14/M24 S. 3) und die in der F. festgestellte Fixierung auf die Schmerzen (Urk. 14/M22 S. 2) grundsätzlich nicht aufzukommen hat, da bis zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Vollzeitpensum per 1. Juli 2003 ärztlicherseits nie eine somatoforme Schmerzstörung oder eine ähnliche psychische Pathologie diagnostiziert worden war. Die dokumentierten geringgradigen psychischen Befunde schliessen somit die Annahme eines von der Halswirbelsäulenproblematik verselbständigten psychischen Beschwerdebildes aus und sind als Teil des typischen Symptomenkomplexes nach Schleudertrauma aufzufassen. Da nach der Leistungseinstellung per Februar 2002 auch keine spezifische, fachärztlich-psychiatrische Behandlung der psychischen Beschwerden mehr erfolgte, ist davon auszugehen, dass nach diesem Zeitpunkt von einer spezifischen Heilbehandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten war (vgl. vorstehend Erw. 1.2).

6.3 Ä Ä Ä Die von der Neuropsychologin der F. am 17. März 2003 attestierte 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist nicht nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer anlässlich der durchgeführten Tests bezüglich Gedächtnis/Lernen, visueller Wahrnehmung/räumlich-konstruktiver Fertigkeiten und problemlösendem Denken unauffällige bis überdurchschnittliche Leistungen erbrachte und einzig eine diskret bis leicht eingeschränkte Aufmerksamkeit/Konzentration zeigte. Offenbar beruhte die von der Neuropsychologin bescheinigte 50%ige Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich auf dem beobachteten konstant langsamen Arbeitstempo, welches von der Neuropsychologin im Wesentlichen mit einer eingeschränkten psychophysischen Belastbarkeit erklärt wurde (vgl. Urk. 14/M22 S. 1 f. und S. 5 f.). Hier ist aber zunächst zu berücksichtigen, dass der grösste Teil der damals bestehenden physischen Beschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 22. März 2000 zurückgeht, weshalb bereits fraglich ist, ob die erhobene neuropsychologische

Einschränkung in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 22. März 2000 steht. Dagegen stellten die Ärzte des G.____ unfallversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigende Faktoren wie Selbstlimitierung fest (vgl. Urk. 14/M24 S. 3), welche ebenfalls geeignet sind, die bei den neuropsychologischen Tests gezeigte Verlangsamung des Beschwerdeführers zu erklären. Zu berücksichtigen ist auch, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner bisherigen Anstellungen hauptsächlich körperliche Arbeiten versah, weshalb die attestierte hochgradige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Verlangsamung bei der Erledigung bestimmter geistiger Arbeiten nicht nachvollziehbar ist beziehungsweise nicht ersichtlich ist, inwieweit sich dies auf die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken sollte, zumal er ab 1. Juli 2003 wieder vollzeitig in einem handwerklichen Beruf arbeiten konnte. Aus diesen Gründen erwächst der AXA aus diesen Befunden keine Leistungspflicht.

6.4.1.1

6.4.1.1 Ab 1. Juli 2003 arbeitete der Beschwerdeführer mit einem 100%igen Beschäftigungspensum bei der H.____ GmbH. Während dieser Anstellung erlitt er am 10. Februar 2004 einen weiteren Unfall, indem er aus einer Höhe von drei Metern von einer Leiter stürzte. Für diesen Unfall ist grundsätzlich die SUVA leistungspflichtig, welche ihre Leistungspflicht für die Folgen der am 10. Februar 2004 erlittenen Schulter- und Beckenkontusion links sowie erneuten HWS-Distorsion anerkannte (vgl. Urk. 3/15). Gestützt auf die Stellungnahme ihres Kreisarztes Dr. N.____ stellte sie ihre Leistungen mit Verfügung vom 15. Oktober 2004 und diese bestätigend dem Einspracheentscheid vom 30. Mai 2005 per 31. Oktober 2004 ein, da sie davon ausging, dass der Unfall vom 10. Februar 2004 lediglich einen traumatischen Beschwerdeschub ausgelöst habe, wobei mangels zusätzlicher nachweisbarer struktureller Verletzung der Halswirbelsäule eine richtunggebende Verschlimmerung der vor dem Unfall vom 10. Februar 2004 bestehenden Befunde ausgeschlossen werden könne und spätestens per 31. Oktober 2004 wieder der Vorzustand erreicht gewesen sei (vgl. Urk. 3/15). Der Einspracheentscheid der SUVA vom 30. Mai 2005 wurde vom Beschwerdeführer nicht angefochten, und dessen Schlussfolgerungen werden im vorliegenden Verfahren nicht bestritten (vgl. Urk. 1 S. 8).

6.4.2 Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, der Unfall vom 22. März 2000 sei für den Leitersturz vom 10. Februar 2004 mitverantwortlich gewesen. Allerdings substantiiert er diese Behauptung nicht weiter (vgl. Urk. 18 S. 7 und 9), so dass weitgehend unklar bleibt, inwiefern ein Kausalzusammenhang zwischen den beiden Unfällen bestehen soll. Zwar wurde in der Rechtsprechung und Lehre bereits anerkannt, dass ein Unfall durch seine gesundheitlichen Folgen ein erhöhtes Unfallrisiko setzen und damit einen zweiten Unfall (mittelbar) verursachen kann. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in einem Urteil aus dem Jahr 1960 anerkannt, dass ein erster Unfall, welcher eine bleibende Schädigung des Gleichgewichtsapparates mit konsekutiven Schwindelerscheinungen zur Folge hatte, für einen fünf Jahre später erfolgten Sturz auf einer Bergwanderung infolge der Schwindelerscheinungen die natürliche und zugleich adäquate Ursache war (vgl. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage, Bern 1989, S. 464 f.; vgl. auch Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 70 f. sowie Omlin, a.a.O., S. 141 ff. mit weiteren Beispielen). Vorliegend ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Hausarzt Dr. K.____ bereits bezüglich des Treppensturzes vom 22. Oktober 2001 festhielt, dass dieser

Beschwerdeführer, wie bereits gesagt, gemäss Dr. L. ___ bereits drei Monate nach dem Unfall zu 50 % arbeitsfähig war, mit anschliessender Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % und 100 % (vgl. Urk. 14/M12).

Zusammenfassend ergibt sich, dass keines der hÄhstrichterlichen Kriterien erfüllt ist, weshalb ein adÄquater Kausalzusammenhang zwischen dem am 22. März 2000 erlittenen Schleudertrauma und den nach dem Fallabschluss per Ende Februar 2002 anhaltenden, organisch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden zu verneinen ist.

7.3 Hinsichtlich der von den Ärzten der I. ___ im Rahmen der Hospitalisation vom 16. bis 21. Juli 2004 beobachteten Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion sowie grosser Tendenz zur Somatisierung bei erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. Urk. 19) ist zunächst festzuhalten, dass diese Diagnose erst nach dem dritten Unfall vom 10. Februar 2004 gestellt worden ist (vgl. zur Leistungspflicht der AXA für den Unfall vom 10. Februar 2004 die Erwägung 6.3). Auch wenn man davon ausgehen würde, dass diese Störung bereits vor dem dritten Unfall bestand, so ist zum einen fraglich, ob dadurch eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultierte. Zum anderen wäre, nähme man einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dieser Störung und dem bei der AXA versicherten Unfall vom 22. März 2000 an, das Bestehen eines adÄquaten Kausalzusammenhangs zwischen diesem Beschwerdebild und dem nicht besonders schwerwiegenden Ereignis vom 22. März 2000 klarerweise zu verneinen (vgl. vorstehend Erw. 1.5). Für die Folgen der von den Ärzten der I. ___ diagnostizierten Anpassungsstörung besteht daher ebenfalls keine Leistungspflicht der AXA.

8. Es ergibt sich, dass der Beschwerdeführer über den 17. beziehungsweise 28. Februar 2002 hinaus keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen der AXA hat. Unter diesen Umständen erübrigen sich die beantragten weiteren Sachverhaltsabklärungen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist im Ergebnis zu bestätigen und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 9

9.1 Gestützt auf die bis Ende 2006 belegten Einkommens- und Vermögensverhältnisse (vgl. Urk. 8 sowie Urk. 9/1-21) bewilligte das Sozialversicherungsgericht mit Verfügung vom 22. Mai 2007 (Urk. 15) das Gesuch des Beschwerdeführers vom 12. Januar 2007 um Gewährung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes (vgl. Urk. 1 S. 2).

9.2 Mit Verfügung vom 17. November 2008 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung im ebenfalls beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hängigen und mit heutigem Urteil abgeschlossenen Verfahren in Sachen des Beschwerdeführers IV.2008.00289 aufgrund der aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse abgewiesen (Urk. 19 im Prozess Nr. IV.2008.00289). Diese Verfügung ist in Rechtskraft erwachsen.

9.3

9.3.1 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht und mithin auch die Frage nach dem Anspruch auf einen unentgeltlichen Rechtsbeistand bestimmt sich nach Art. 61 ATSG unter Vorbehalt von Art. 1 Abs. 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes nach

kantonalem Recht. Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]; BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

9.3.2.2. Gelangt die bedürftige Partei im Laufe des Verfahrens in den Besitz ausreichender Mittel, kann ihr die unentgeltliche Verbeiständung wieder entzogen werden (vgl. Art. 91 und 92 der Zivilprozessordnung [ZPO]; BGE 122 I 324 Erw. 2c; 122 I 6 Erw. 4a; Christian K., Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, Art. 16 Rz 17 mit Hinweisen sowie Art. 28 Rz 5 lit. d/dd). Die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters kann dabei nach der Rechtsprechung auch rückwirkend entzogen werden. Denn eine Partei, die aus späterer Sicht den ganzen Prozess auf eigene Rechnung zu führen in der Lage ist, soll nicht deshalb teilweise davon entbunden sein, weil sie in einem früheren Zeitpunkt bedürftig war (vgl. BGE 122 I 7 Erw. 4a; BGE 111 Ia 278 Erw. 2a; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 29. August 2006, U 445/05, Erw. 6.3.3. mit Hinweisen; Christian K., a.a.O., Art. 16 Rz 17).

9.4. Da mit Verfügung vom 17. November 2008 im Prozess Nr. IV.2008.00289 aufgrund der aktuellen finanziellen Verhältnisse des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8 sowie Urk. 9/1-8 im Prozess Nr. IV.2008.00289) die Bedürftigkeit verneint werden musste, ist aus heutiger Sicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch die Anwaltskosten für das vorliegende Verfahren selbst tragen kann, allenfalls mittels Ratenzahlungen. Die mit Verfügung vom 22. Mai 2007 erfolgte Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Stefan Galligani (Urk. 15) ist dem Beschwerdeführer daher rückwirkend zu entziehen.

Das Gericht beschliesst:

Der mit Verfügung vom 22. Mai 2007 bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter Rechtsanwalt Stefan Galligani, Schaffland, wird dem Beschwerdeführer rückwirkend entzogen.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stefan Galligani
- Rechtsanwältin Marianne I. Sieger
- Bundesamt für Gesundheit
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.