

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00337 vom 31. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00337

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00337 du 31 janvier 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00337 del 31 gennaio 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 In Bezug auf die nach dem Unfall vom 1. Juli 2005 aufgetretenen Beschwerden und Befunde geht aus den medizinischen Berichten das Folgende hervor:

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma führte Dr. med. G. ____ vom Spital Z. ____ anlässlich der Erstuntersuchung am 1. Juli 2005 aus, dass es gemäss den Ausrichtungen des Beschwerdeführers zu einem Kopfanprall an der Kopfstirne gekommen sei. Jedoch sei keine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke eingetreten, hingegen eine Angst- und/oder Schreckreaktion. Ausstrahlende Nackenschmerzen seien nach circa 10 Minuten aufgetreten. Ausserdem hätten (Druck-)Schmerzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der HWS bestanden. Schwindel, Übelkeit und Erbrechen seien aber nicht aufgekommen. Diagnostiziert wurden sodann eine HWS-Distorsion sowie eine thorakale Kontusion durch den Sicherheitsgurt, wobei die Röntgenbilder keine Hinweise auf ossäre Läsionen ergeben hätten. Als Therapie wurden Analgesie und Muskelrelaxation sowie das Tragen eines weichen Halskragens für maximal drei Tage angeordnet (Bericht vom 18. Juli 2005, Urk. 9/4).

Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 21. August 2005 ebenfalls die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas (Urk. 9/14). Aus dem Verlaufsbericht vom 16. Oktober 2005 geht hervor, dass weiterhin Cervikalgien, Schwindel sowie neuropsychologische Defizite bestanden (Urk. 9/32).

Vom 26. Juli bis zum 12. August 2005 hielt sich der Beschwerdeführer im Spital A. ____ auf. Diagnostiziert wurden im Bericht vom 17. August 2005 eine HWS-Distorsion nach Autounfall am 1.7.2005 mit/bei gemischter Angst und depressiver Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung sowie Zeichen einer posttraumatischen Belastungsreaktion sowie eine psychosoziale Belastungssituation. Die Magnetresonanztomographie vom 29. Juli 2005 und die 3-Phasen-Ganzkörper-Skelettszintigraphie vom 28. Juli 2005 hätten keinen Nachweis einer entzündlichen oder traumatischen Läsion in der HWS ergeben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass aus somatisch-rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Die Arbeitsfähigkeit müsse aber aus psychiatrischer Sicht festgelegt werden (Urk. 9/18).

Aus dem Bericht des B. ____ vom 4. November 2005 gehen die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), einer akuten Schmerzstörung in Verbindung sowohl mit psychischen Faktoren als auch mit einem

medizinischen Krankheitsfaktor sowie die Differenzialdiagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.25) hervor. Der Beschwerdeführer sei im Kontakt freundlich, bewusstseinsklar und allseits orientiert, in der Aufmerksamkeit und Konzentration jedoch stark eingeschränkt. Er habe erhebliche Mühe, Gedächtnisinhalte abzurufen. Im Affekt erscheine er niedergeschlagen, gereizt und psychomotorisch unruhig. Es bestehe eine ausgeprägte Einschränkung des Alltagserlebens durch starkes Schmerzerleben bei kaum vorhandener aktiver Schmerzbewertigung, unwillentlichem und unkontrollierbarem Wiedererleben des Unfallaufpralls mit Todesängsten sowie sich aufdrängenden Gedanken ("was wäre, wenn die Frau gestorben wäre") und daraus resultierender Schlaflosigkeit. Der Beschwerdeführer leide unter Angstzuständen beim Verlassen des Hauses, welche zu Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug führten. Verstärkt werde dies durch schnelle Erschöpfung, Reizbarkeit und einem Gefühl der Interesse- und Teilnahmslosigkeit (Urk. 9/40).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. I. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, führte am 22. November 2005 eine neurologische Untersuchung durch. Dabei stellte sie eine bilateral stark verspannte und äusserst druckempfindliche Schulter-/Nackmuskulatur fest. Die Muskeleigenreflexe seien an den unteren Extremitäten lebhafter auslösbar gewesen als an den oberen Extremitäten. Der erhobene Neurostatus sei unauffällig gewesen. Die Elektroenzephalografie (EEG) vom 4. Oktober 2005 sei im Rahmen der Norm. Die Beschwerden würden sich nicht durch eine einfache HWS-Distorsion erklären lassen (Bericht vom 23. Dezember 2005, Urk. 9/51).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä SUVA-Kreisarzt Dr. D. ____, hielt im Bericht vom 9. Januar 2006 fest, dass der muskulo-skeletale Befund an sich geringfügig sei. Es würden sich semiobjektiv Verspannungen, Druckempfindlichkeiten, Berührungsempfindlichkeiten im Bereich der linken Schädeldalottengegend und der Muskulatur im Bereich der linken Nackengegend. Es seien keine strukturell unfallspezifischen Befunde objektivierbar. Die cursorische neurologische Untersuchung sei in Ordnung gewesen. Bei einem anzunehmenden cerviko-kranialen Beschleunigungstrauma stehe zwischenzeitlich ein cerviko-cephaler Symptomenkomplex im Vordergrund mit Nacken- und Schädelbeschwerden sowie Schlafstörungen, Verdriesslichkeit und Nervosität (Urk. 9/56).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht der Klinik E. ____, vom 2. März 2006 wurden die Diagnosen eines HWS-Distorsionstraumas, eines zerviko-okzipitalen und zervikothorakalen Schmerzsyndroms sowie einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Der Beschwerdeführer klagte über anhaltende HWS-Schmerzen mit Schmerzausstrahlung nach okzipital sowie links paraskapular mit Einschränkung der aktiven Schulterbeweglichkeit. Klinisch bestehe eine leichte Verspannung der paravertebralen Muskulatur im HWS-Bereich sowie paraskapular links und eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in allen Richtungen. Neurologische Ausfälle seien nicht zu verifizieren, und auch subjektiv habe der Beschwerdeführer keine Angaben zu Sensibilitäts- oder motorischen Ausfällen gemacht. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und den bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Das Zustandsbild des Beschwerdeführers sei durch eine instabile Affektlage geprägt mit einer verhalten-ratlosen Grundstimmung, inneren Unruhe und Agitiertheit,

DÄ¼nnhÄ¼tigkeit, rascher Auslenkbarkeit der Affekte und einer damit verbundenen sozialen RÄ¼ckzugstendenz im Sinne eines Vermeidungsverhaltens. Zudem seien auf das Unfallereignis bezogene AlptrÄ¼ume beschrieben worden. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit fÄ¼r weitere drei Monate attestiert, jedoch darauf hingewiesen, dass eine leichte bis mittelschwere Arbeit aus somatischer Sicht theoretisch ganztags mÄ¼glich sei (Urk. 9/70-71).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht des B. ___ vom 16. Juli 2006 wurde sodann ausgefÄ¼hrt, dass der BeschwerdefÄ¼hrer insgesamt deutlich lebhafter und konzentrierter erscheine, wenn auch im Wechsel mit deprimierter Stimmung und Klagsamkeit. Die Aufmerksamkeitsspanne sei kurz, und auf Phasen erhÄ¼hter Konzentration wÄ¼rden regelmÄ¼ssig plÄ¼tzlich auftretende Kopfschmerzattacken folgen. Der BeschwerdefÄ¼hrer kÄ¼nne aber kleinere Fortschritte erkennen. Belastend seien die subjektiv empfundene GerÄ¼usch- und LÄ¼rmempfindlichkeit sowie die SchlafstÄ¼rung. Ein Arbeitsversuch sei noch nicht indiziert. Die einzelnen, wenn auch langsamen Fortschritte gÄ¼ben jedoch Anlass zu der vorsichtigen Prognose, dass eine weitere Reduktion der Symptomatik erzielt werden kÄ¼nne. Aus therapeutischer Sicht sei zu einem spÄ¼teren Zeitpunkt eine Arbeitsintegration unbedingt zu unterstÄ¼tzen, da damit die fÄ¼r den Genesungsprozess hinderlichen GefÄ¼hle der Nutzlosigkeit und der SchuldgefÄ¼hle gemildert werden kÄ¼nnten. In weiteren drei Monaten sei ein Versuch der Arbeitsintegration nochmals zu prÄ¼fen (Urk. 9/90).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Bericht Ä¼ber die fachÄ¼rztliche, neurootologische Untersuchung vom 14. September 2006 geht hervor, dass ein normales zentrales und peripher-vestibulÄ¼res Funktionssystem vorlag. Aufgrund der normalen neurootologischen Untersuchungsergebnisse handle es sich bei den subjektiven Schwindelbeschwerden des BeschwerdefÄ¼hrers mit Sicherheit nicht um einen vestibulÄ¼ren Schwindel. Es werde vermutet, dass bei der Genese der subjektiven Schwindelbeschwerden die Einnahme von zwei verschiedenen major tranquilizern klinisch die Hauptrolle spiele (Urk. 9/99).

3.2 Ä Ä Ä Ä Zu prÄ¼fen ist vorerst, ob der natÄ¼rliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 1. Juli 2005 und den vom Versicherten geklagten Leiden gegeben ist. Entgegen der Auffassung der SUVA (Urk. 2 S. 8) ist gestÄ¼tzt auf die oben erwÄ¼hnten und in Bezug auf die HWS-Distorsion Ä¼bereinstimmenden medizinischen EinschÄ¼tzungen davon auszugehen, dass der BeschwerdefÄ¼hrer beim Unfall vom 1. Juli 2005 nebst einer thorakalen Kontusion eine Distorsion der HWS erlitten hat, welche fÄ¼r die danach aufgetretenen Beschwerden zumindest teilweise natÄ¼rlich kausal war (vgl. Urk. 9/4, Urk. 9/18, Urk. 9/56 S. 3, Urk. 9/71). Denn der BeschwerdefÄ¼hrer klagte nicht erst rund ein halbes Jahr nach dem Unfall Ä¼ber Nacken- und SchÄ¼delbeschwerden sowie SchlafstÄ¼rungen, Verdrisslichkeit und NervositÄ¼t (Urk. 2 S. 8). Vielmehr geht aus dem Bericht des Spitals A. ___ vom 17. August 2005 hervor, dass der BeschwerdefÄ¼hrer bereits wÄ¼hrend der Dauer der Hospitalisation vom 26. Juli bis zum 12. August 2005 an Ein- und DurchschlafstÄ¼rungen, Kopfschmerzen, ausstrahlenden Schmerzen und Schwindel gelitten hatte (Urk. 9/18). Ausserdem kann es nicht dem Versicherten angelastet werden, dass der kaum lesbare Bericht von Dr. H. ___ betreffend dessen Erstbehandlung vom 4. Juli 2005 nur wenige Angaben zu den Befunden enthÄ¼lt (vgl. Urk. 9/14 und Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2008 in Sachen G., 8C_370/2007, Erw. 3 mit Hinweisen). Schliesslich ging selbst SUVA-Kreisarzt Dr. D. ___ von einem HWS-Beschleunigungstrauma aus (Urk. 9/56 S. 3).

3.3.1

3.3.1.1 Gestützt auf die oben erwähnten und im Wesentlichen übereinstimmenden medizinischen Einschätzungen ist sodann davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer derzeit ein zerviko-okzipitales und zervikothorakales Schmerzsyndrom linksbetont sowie eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung vorliegen (Urk. 9/4, Urk. 9/14, Urk. 9/18, Urk. 9/51, Urk. 9/56, Urk. 9/71 S. 1, Urk. 9/90, Urk. 9/99).

3.3.1.2 Dabei ist festzuhalten, dass die im Anschluss an das Unfallereignis diagnostizierte thorakale Kontusion (vgl. Urk. 9/4) zu keinen länger dauernden organischen Beeinträchtigungen geführt hat, da sich aus keinem der erwähnten medizinischen Berichte entsprechende Hinweise ergeben. Insbesondere konnten anlässlich der 3-Phasen-Ganzkörperperspektiv-Szintigraphie vom 28. Juli 2005 in den Schultergelenken keine Werte ausserhalb des Normbereichs nachgewiesen werden (Urk. 9/55). Die geklagten Schulterbeschwerden finden daher im Rahmen der in Erw. 3.3.1 erwähnten Diagnosen ihre Berücksichtigung.

3.3.1.3 Sodann liegen - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5 f.) - keine neurologischen Defizite vor, da keiner der involvierten Ärzte entsprechende Befunde erheben konnten. So stellte die Neurologin, Dr. I., am 23. Dezember 2005 einen unauffälligen Neurostatus bei einem unauffälligen MRI der Halswirbelsäule und einer unauffälligen Ganzkörperperspektivszintigraphie fest. Zudem war das EEG im Rahmen der Norm (Urk. 9/51). Auch SUVA-Kreisarzt Dr. D. kam anlässlich der kursorischen neurologischen Untersuchung zum Schluss, dass das Reflexbild und die Sensibilität an den oberen Extremitäten in Ordnung seien (Urk. 9/56 S. 3). Ausserdem ergaben die neurologischen Untersuchungen in der Klinik E. ebenfalls keine pathologischen Befunde (Urk. 9/71 S. 6 f.). Schliesslich erachtete Dr. F. das zentrale und peripher-vestibuläre Funktionssystem nach seiner neurootologischen Untersuchung als normal (Urk. 9/99). Angesichts der durchgeführten Untersuchungen und der übereinstimmenden Resultate kann festgestellt werden, dass der neurologische Zustand des Beschwerdeführers in genügender Weise abgeklärt wurde.

3.3.1.4 Der Beschwerdeführer macht sodann neuropsychologische Defizite im Sinne von Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten geltend (Urk. 1 S. 5 f.) und stützt sich dabei im Wesentlichen auf die Berichte Dr. H. und des B.. Zwar erwähnte Dr. H. im Verlaufsbericht vom 16. Oktober 2005 neuropsychologische Defizite (Urk. 9/32, vgl. auch Urk. 9/93). Er legte jedoch in keinem seiner Berichte dar, aufgrund welcher Tests und Befunde er zu diesem Schluss gelangte, welche Defizite im einzelnen vorliegen sollen und wie diese sich äussern. Dr. H.'s Berichte sind demnach in Bezug auf die geltend gemachten neuropsychologischen Beschwerden weder aussagekräftig noch nachvollziehbar. Sodann handelt es sich bei den Verfassern der Berichte des B. nicht um Neuropsychologen (Urk. 9/40, Urk. 9/90), womit dessen Berichten betreffend allfällige neuropsychologische Defizite kein Gewicht beizumessen ist. Ausserdem kann von in einem psychiatrischen Bericht aufgeführten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten nicht ohne Weiteres auf neuropsychologische Probleme geschlossen werden, da diese Probleme auch anderer Genese (psychische Verfassung, Nebenwirkungen von Medikamenten) sein können. Da ausserdem - nebst Dr. H. - keiner der involvierten Ärzte auf neuropsychologische Probleme hingewiesen hat, welche fachärztlich zu untersuchen seien, ist von weiteren Abklärungen abzusehen, zumal

Befund an sich geringfügig sei (Urk. 9/56), was mit der Einschätzung im Austrittsbericht der Klinik E. ___ vom 2. März 2006 übereinstimmt, wonach klinisch lediglich eine leichte Verspannung der paravertebralen Muskulatur im HWS-Bereich sowie paraskapular links und eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS erhoben werden konnten. Hingegen wurde aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 9/70-71). Insgesamt ergibt sich somit aus den medizinischen Berichten übereinstimmend, dass die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung bereits kurz nach dem Unfallereignis in einem die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Ausmass auftrat und im Vergleich zu den geringen somatischen Befunden und Beschwerden im Vordergrund stand. Die Adäquanzprüfung hat daher nach den Kriterien von BGE 115 V 140 zu erfolgen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Festzuhalten ist sodann, dass weder der Beschwerdeführer noch die involvierten (Fach-)Ärzte weitere, wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen nannten, die eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen, weshalb die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges durch die SUVA nicht zu früh erfolgt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 in Sachen M., U 394/06, Erw. 4.3).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Da der Unfall - in Anbetracht der Darstellung des Unfallhergangs sowie der technischen Unfallanalyse (Urk. 9/1, Urk. 9/27, Urk. 9/31, Urk. 9/49) und unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2006 in Sachen F., U 177/05, Erw. 5.1, und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 2. Dezember 2003 in Sachen K., U 33/03, Erw. 4.1) - als mittelschwer einzustufen ist, wird im Folgenden aufgrund der von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien zu beurteilen sein, ob der natürliche Kausalzusammenhang auch als adäquat zu beurteilen ist. Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind.

4.2 Ä Ä Ä Dem Unfallereignis vom 1. Juli 2005, bei welchem es zu einer seitlich-frontalen Kollision zwischen dem korrekt fahrenden Beschwerdeführer und einem von rechts kommenden, nach links abbiegenden und nicht vortrittsberechtigten Auto kam (Urk. 9/1, Urk. 9/31), kann eine gewisse Eindringlichkeit zwar nicht abgesprochen werden. Da sich der Unfall jedoch nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hat und ihm nichts Aussergewöhnliches anhaftete, kann das Kriterium der besonderen Eindringlichkeit nicht als erfüllt gelten (vgl. hierzu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 2. Dezember 2003 in Sachen K., U 33/03, Erw. 4.2.1, in welchem einem ähnlichen Unfall die Eindringlichkeit ebenfalls abgesprochen wurde). Daran vermag auch die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von rund 20 - 25 km/h nichts zu ändern, zumal diese nicht ohne Weiteres zu einer besonderen Eindringlichkeit führt und sich bei frontalen Kollisionen grundsätzlich ein günstigerer Bewegungsablauf und eine prinzipiell geringere HWS-Belastung als bei Heckkollisionen ergibt (vgl. Urk. 9/31 S. 3, Urk. 9/49 S. 1, Urk. 9/124 S. 8). Entsprechend wurde der Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall lediglich ambulant im Spital Z. ___ behandelt und daraufhin in die hausärztliche Weiterbehandlung entlassen (Urk. 9/4). Ausserdem ist auf das objektivierte Unfallereignis

abzustellen, womit das subjektive Erleben, insbesondere auch die Angst des Beschwerdeführers, die Unfallverursacherin sei tot (vgl. Urk. 9/40 S. 1), nicht zum Bejahen des Kriteriums der besonderen Eindringlichkeit führen kann.

Was das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas für sich allein die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung nicht zu begründen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 in Sachen M., U 394/06, Erw. 10.2.2, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 31. Mai 2005 in Sachen P., U 329/03, Erw. 3.3.2). Auch die erlittene thorakale Kontusion kann weder für sich allein noch im Zusammenhang mit dem HWS-Schleudertrauma das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung erfüllen, zumal auch hier von einer objektivierten Betrachtungsweise auszugehen ist. Sodann eignet sich ein zugezogenes HWS-Schleudertrauma oder eine thorakale Kontusion erfahrungsgemäss nicht, eine psychische Fehlentwicklung in dem hier vorliegenden Ausmass auszulösen. Ferner bedurften diese Verletzungen, was deren rein körperliche Auswirkungen anbelangt, keiner ungewöhnlich langen ärztlichen Behandlung, zumal bereits ab August 2005 die Behandlung der psychischen Beschwerden im Vordergrund stand. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist zudem - wie bereits in Erw. 3.3.4 und Erw. 3.4 erwähnt - nicht davon auszugehen, dass weitere medizinische Abklärungen eine langandauernde, ärztliche Behandlung zu begründen vermöchten (Urk. 9/124 S. 9). Es liegen sodann keine Hinweise dafür vor, dass eine ärztliche Fehlbehandlung die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte. Zudem bestehen keine Anhaltspunkte für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, zumal der muskulo-skeletale Befund von Anfang an geringfügig war (Urk. 9/56, Urk. 9/70-71) und auch keine neurologischen sowie neurootologischen Befunde von Krankheitswert erhoben werden konnten (Urk. 9/51, Urk. 9/71, Urk. 9/99).

Was schliesslich das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, so kann darauf hingewiesen werden, dass keinem der vorliegenden medizinischen Berichte eine somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen ist. So wurde dem Beschwerdeführer bereits im Bericht des Spitals A. vom 17. August 2005 aus somatisch-rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 9/18), welche im Bericht der Klinik E. vom 2. März 2006 bestätigt wurde (Urk. 9/71 S. 2). Somit lag keine lange, physisch bedingte und medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit vor, auch wenn der Beschwerdeführer in jener Zeit keiner Erwerbstätigkeit nachging.

Einzig Dauerbeschwerden liegen in einem gewissen Mass vor, welche regelmässige Besuche bei Dr. H. nützlich machten (Urk. 9/93). Dabei kann offen gelassen werden, ob diese Dauerbeschwerden die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangte Erheblichkeit erreichen. Denn dieses Kriterium der Dauerbeschwerden müsste - in Anbetracht des als mittelschwer einzustufenden Unfalls und des Erfüllens lediglich eines der genannten Zusatzkriterien - in besonders ausgeprägter Weise vorliegen. Dies ist jedoch nicht der Fall, da die Dauerbeschwerden weder intensive und einschneidende Therapiephasen und Massnahmen noch wiederholte Rehabilitationsaufenthalte nützlich machten. Damit kommt dem Unfall vom 1. Juli 2005 keine rechtlich massgebende Bedeutung für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden zu. Die SUVA hat daher hierfür keine Versicherungsleistungen zu

erbringen.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Mit Verfügung vom 4. Oktober 2007 wurde Rechtsanwalt Markus Zimmermann als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt (Urk. 10). Die Entschädigung ist nach Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Da der unentgeltliche Rechtsvertreter trotz telefonischer Aufforderung vom 17. Dezember 2008 keine Honorarnote eingereicht hat, ist er in Anwendung obiger Grundsätze sowie unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- mit einer Entschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Zimmermann, Baden, wird mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Markus Zimmermann
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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