

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00401 vom 6. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00401

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00401 du 6 février 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00401 del 6 febbraio 2009

Erwägungen

E. 3

3.1. Dr. Y., welche den Beschwerdeführer am Tag des Unfalles in der interdisziplinären Notfallstation des Spital W. untersuchte, stellte in ihrem Bericht vom 16. Januar 2004 (Urk. I/11/5) die Diagnose eines Distorsionstraumas der HWS. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er nach dem Verlassen des Autos für etwa eine Stunde einen anhaltenden Schwankschwindel, jedoch ohne Übelkeit und Erbrechen, gehabt habe. Nun traten zunehmend Kopfschmerzen und Spannungen im Nacken sowie der Lendenwirbelsäule (LWS) auf.

3.2. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 1. März 2004 (Urk. I/11/6) gab Dr. Z. an, der Beschwerdeführer leide an einem Status nach einem HWS-Beschleunigungstrauma vom 20. Dezember 2003. Der Verlauf sei geprägt durch anhaltende subjektive Beschwerden mit Schwindel (nicht vestibulär) und Dolenz der Dornfortsätze sowie stark eingeschränkter Funktion. Auffallend seien starke vegetative Reaktionen bei der Untersuchung. Die voraussichtliche Behandlungsdauer sei noch unklar. Ebenso unklar sei, ob beim Heilungsverlauf unfallfremde Faktoren mitspielten. Er habe den Beschwerdeführer an Dr. A. zur rheumatologischen Untersuchung überwiesen.

3.3. Dr. A. diagnostizierte beim Beschwerdeführer anlässlich seiner Untersuchung vom 3. März 2004 (Urk. I/11/7) ein chronisch tendenziell eher progredientes zervicothoracospondylogenes Syndrom bei einem Status nach einem HWS-Distorsionstrauma vom 20. Dezember 2003, degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem funktionellen Blockwirbel C5/C6, Osteochondrosen, Spondylose C6/C7 und Spondylarthrosen C7/Th1 sowie einer Anerolisthesis von C4 gegenüber C3 und eine Streckhaltung der unteren HWS. Dazu führte Dr. A. aus, im klinischen Untersuch. imponiere eine gewisse Diskrepanz zwischen dem ausgeprägten subjektiven Leidensdruck und den eher diskreten fassbaren muskulären Befunden. Aufgrund des bisherigen, sehr harzigen Heilungsverlaufes einerseits und den radiologisch fassbaren ausgeprägten Befunden andererseits erscheine eine intensive stationäre Therapie sinnvoll. Im Rahmen dessen seien eine Magnetresonanztomographie (MRI) sowie bei besserer Beweglichkeit der HWS Funktionsaufnahmen zu erstellen. Weichteilverletzungen und eine Segmentinstabilität müssten ausgeschlossen werden können.

3.4. Die Ärzte des Spital W. führten die genannten bildgebenden Untersuchungen durch und stellten im Austrittsbericht vom 5. April 2004 (Urk. I/11/13) die Diagnosen eines chronischen zervikozephalen Syndroms bei einem Status nach einem HWS-Distorsionstrauma am 20. Dezember 2003, ausgeprägten Triggerpunkten und einem myofaszialen Irritationssyndrom, einem Verdacht auf ein leichtes, sensibles

Ausfallsyndrom C8 links / Ulnarisneuropathie links, einem Blockwirbel C5/C6, einer Anterolisthesis C3/C4 und C4/C5, einer leichten ossären Einengung des Neuroforamens C6/C7 bei dorsalen Spondylophyten rechts (ohne direkte Nervenwurzelkompression im MRI), einer ausgeprägten neurovegetativen Begleitsymptomatik (Schwindel, Nausea, gestörter Schlafarchitektur) und subjektiv kognitiven Defiziten, und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Als Differentialdiagnose gaben sie eine posttraumatische Belastungsstörung an. Die neurologische Untersuchung habe keine Anhaltspunkte für eine zervikale Myelopathie oder radikuläre motorische Ausfallmuster ergeben. Aufgrund des Gesamtbildes hielten die Ärzte des Spital W. ____ eine stationäre Weiterbetreuung als dringend indiziert. Einerseits seien in neuropsychologischer Hinsicht bei bestehenden kognitiven Defiziten weitere Abklärungen notwendig. Andererseits sei der Beschwerdeführer in Anbetracht der kaum möglichen physikalischen Therapie einer desensibilisierenden Behandlung zuzuführen. Begleitend sei auch ein psychotherapeutischer Ansatz notwendig.

3.5 Aus dem Austrittsbericht der Ärzte der Rehaklinik V. ____ vom 26. Juli 2004 (Urk. I/11/39) gehen folgende Diagnosen hervor:

"A. Unfall vom 20.12.2003: Im Auto von hinten angefahren. - HWS-Distorsion

1. Zervikozephalales Schmerzsyndrom (myofaszial) mit ausgeprägter neurovegetativer Begleitsymptomatik 2. Abklingende Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21)

B. V.a. Ulnarisneuropathie li."

Dazu führten sie erläutend aus, beim Beschwerdeführer beständen aktuell folgende Probleme: Nacken- und Kopfschmerzen, welche sich durch Belastung verstärkten. Zudem bestehe ein Schwankschwindel mit Schübelkeit unter Anstrengung. Der Beschwerdeführer leide unter Schlafstörungen, Alpträumen und Konzentrationsstörungen. Zudem habe er ein Taubheitsgefühl am vierten und fünften Finger links. Im Rahmen der Physiotherapie habe keine anhaltende Beschwerdelinderung oder Belastbarkeitssteigerung erzielt werden können. Bei jeder passiven Therapiemassnahme sei es entweder zu einer Schmerzverstärkung oder vegetativen Auffälligkeiten gekommen. Auch bei aktiven Übungen sei das Belastbarkeitslevel minim gewesen. Ein struktureller Zugang sei nicht gelungen. In der berufsorientierten Ergotherapie habe der Beschwerdeführer hingegen über eineinhalb Stunden mitarbeiten und leichte handwerkliche Arbeiten motiviert und gewissenhaft erledigen können. Ein Zugang auf der Aktivitätsebene sei gegeben gewesen. Entscheidend sei, dass er von den Symptomen abgelenkt sei. Dann könne er auch Alltagsaktivitäten bewältigen. Als arbeitsrelevante Problembereiche seien die HWS mit Kopfschmerzen und vegetative Beschwerden sowie psychische Auffälligkeiten zu nennen. Aufgrund der psychogenen Überlagerung der somatischen Beschwerden und der sehr starken Selbstlimitierung lasse sich die körperliche Belastbarkeit nur schützen. Der Beschwerdeführer sei bei HWS-belastenden Tätigkeiten, das heisst beim längeren nach oben Blicken, schnellen Kopfbewegungen, sowie Heben und Tragen von Gewichten von mehr als zehn Kilogramm eingeschränkt. Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen seien ihm aktuell nicht mehr zumutbar. Insgesamt sei die psychophysische Belastbarkeit

reduziert. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft sei noch nicht erreicht. Diese Beurteilung sei eher medizinisch-theoretisch und entspreche nicht der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers, der sich für nahezu unbelastbar halte. Bei Klinikaustritt attestierten die Ärzte dem stellenlosen Beschwerdeführer eine geringe Arbeitsfähigkeit für die nächsten sechs bis acht Wochen. In dieser Zeit sei unter ambulanter Ergotherapie eine Steigerung der Belastbarkeit auf vier Stunden möglich zu erwarten. Danach sei durch den Aussendienst der Beschwerdegegnerin die Leistungsfähigkeit erneut einzuschätzen. Bis zu diesem Zeitpunkt stehe wohl auch fest, inwieweit dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf berufliche Massnahmen durch die Invalidenversicherung zustehe.

3.6 Die Ärzte der Rehaklinik V.____ stellten in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2005 (Urk. I/11/96) die Diagnose einer HWS-Distorsion aufgrund eines Autounfalles vom 20. Dezember 2003. Unter dem Titel "aktuelle Probleme" führten sie im Weiteren aus, dass der Beschwerdeführer an einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F.32.01), einem myofaszialen zervikozephalen Syndrom mit Angabe von diffuser neurovegetativer Begleitsymptomatik und einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit bei im Vordergrund stehender Schmerzsymptomatik und einer leichten depressiven Episode sowie einem Tinnitus und Schwindel (bei nur diskreten Hinweisen auf eine zervikogene Funktionsstörung) leide. Infolge der depressiven Episode und der ausgeprägten Schonung seien die Resultate der ergonomischen Testes für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mehr leisten könne, als was er bei den Tests und Therapien zeige. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkung sei mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nicht zu klären. Die Einschätzung der Zumutbarkeit stütze sich daher primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Aus unfallmechanischer Sicht seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Der Beschwerdeführer sei angeleitet worden, sich eine geeignete Arbeit zu suchen. Bei längerer Arbeitslosigkeit sei eine Phase von zwei Monaten zur Anpassung und Angewöhnung zu empfehlen. Für die Einarbeitungszeit könne er allenfalls die Hilfe der Invalidenversicherung beanspruchen. Da von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Zustandes zu erwarten sei, werde der Fallabschluss empfohlen.

3.7 Zur Ergänzung des neurootologischen Untersuchungsberichtes vom 12. Oktober 2005 (Urk. I/11/91) führte Dr. I.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 6. Oktober 2006 (Urk. I/11/139) aus, dass beim Beschwerdeführer keine besonderen Befunde im Sinne eines objektivierbaren organischen Substrates beständen. Das heisst, dass keine strukturellen Veränderungen, welche mittels bildgebender Verfahren oder anderswie klar nachgewiesen werden könnten, vorhanden seien. Insbesondere seien die von ihm geklagten Schwindelbeschwerden weder klinisch noch apparativ-experimentell überzeugend zu objektivieren. Beim Tinnitus handle es sich um ein Symptom und nicht eine krankhafte Veränderung. Auch dieser könne nicht objektiviert werden. Zudem sei dieser eher von untergeordneter Bedeutung. Die Arbeitsfähigkeit werde dadurch nicht

tangiert.

3.8. Dr. H. ___ gab in ihrem Bericht vom 19. Januar 2007 (Urk. 3/9) an, der Beschwerdeführer leide seit einem Auffahrunfall vom 20. Dezember 2003 an einem HWS-Distorsionsstrauma mit partieller Keilwirbelbildung C5, C6 und fraglicher Retrolisthesis C3, einem chronischen myofaszialen zervikozephalen Schmerzsyndrom mit diffuser neurovegetativer Begleitsymptomatik, einem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung, Schwindel, Tinnitus und verminderte Konzentrationsfähigkeit sowie Vergesslichkeit, Nausea und gestörter Schlafarchitektur. In seiner angestammten Tätigkeit als Elektromechaniker sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Mit einem Pensum von 50 % seien ihm noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselnder Belastung zumutbar. Der chronische Verlauf lasse auf längere Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit erwarten. Bei zunehmendem depressiven Zustand sei sogar wieder mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Als therapeutische Massnahme hielt Dr. H. ___ die Wiederaufnahme der Ergotherapie sowie eine begleitende psychotherapeutische Behandlung für sinnvoll.

E. 4

4.1. Aus den zitierten Arztberichten geht übereinstimmend hervor, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 20. Dezember 2003 eine HWS-Distorsion zugezogen hat. Streitig und zu prägen ist zunächst, ob die noch geklagten somatischen Beschwerden einem unfallbedingten organischen Substrat zuzuordnen sind.

Mit Verweis auf den Bericht von Dr. A. ___ vom 3. März 2004 (Urk. I/11/7), wonach beim Beschwerdeführer ein funktioneller Blockwirbel C5/C6 vorhanden sei, wird vom Beschwerdeführer das Vorliegen eines objektivierbaren Befundes geltend gemacht (Urk. 1 S. 11). Bei einem funktionellen Blockwirbel handelt es sich um die vollständige oder unvollständige Verschmelzung zweier Wirbelkörper unter entsprechendem Verlust des Wirbelsynchondrosengewebes (Psyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage, Berlin/New York, S. 208) und damit um einen organischen Befund. In den meisten Fällen sind diese Blockwirbel zwar angeboren; sie können aber auch erworben werden, insbesondere entzündlich (Psyrembel, a.a.O., S. 208; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München 2003, S. 236), daneben aber auch traumatisch (Thiele, Handlexikon der Medizin, München/Wien 1980, S. 278). Weder Dr. A. ___ noch sonst ein den Beschwerdeführer behandelnder Arzt führte den beim Beschwerdeführer vorhandenen Blockwirbel auf den Unfall vom 20. Dezember 2003 zurück. Anlässlich der ersten Hospitalisation des Beschwerdeführers im Spital W. ___ unmittelbar nach dem Unfall wurde anhand von bildgebenden Verfahren (Röntgen und CT) festgestellt, dass die vorhandene Listhesis C3/C4 nicht durch eine Fraktur entstanden ist (Urk. I/11/5). Wäre der funktionelle Blockwirbel C5/C6 durch den Unfall verursacht worden, wäre dies wohl auf den genannten Bildern ersichtlich gewesen. Ebenso reihte Dr. A. ___ den funktionellen Blockwirbel in die beim Beschwerdeführer vorhandenen degenerativen Veränderungen (Osteochondrose, Spondylose C6/C7, Spondylarthrose C7/Th1, Anterolisthesis von C4 gegenüber C3) ein (Urk. I/11/7). Bei dieser Aktenlage ist nicht von einer traumatischen Verursachung des Blockwirbels auszugehen.

Die Beweisregel "post hoc propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.) im Sinne der natürlichen Vermutung, Beschwerden müssten unfallbedingt

sein, wenn eine vorbestehende Erkrankung der Wirbelsäule bis zum Unfall schmerzfrei war, ist unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, sofern der Unfall keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat (SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, U 290/06). Letzteres trifft hier zu. Bereits anlässlich der ersten bildgebenden Untersuchungen im Spital W.____ in den ersten Tagen nach dem Unfall (Urk. I/11/5) sowie auch während des ersten Rehabilitationsaufenthaltes in derselben Klinik (Urk. I/11/13) konnten keine unfallbedingten organischen Verletzungen an der Wirbelsäule des Beschwerdeführers festgestellt werden. Entsprechend wurden frische ossäre Läsionen der Halswirbel ausgeschlossen und das dorsale Alignment war intakt. Das CT des Schädels war unauffällig (Urk. I/11/5). Ersichtlich waren stets bloss die bereits erwähnten degenerativen Veränderungen (Blockwirbel C5/C6, Anterolisthesis C3/C4 und C4/C5 und eine leichte ossäre Einengung des Neuroforamens C6/C7 rechts [Urk. I/11/13]). Entsprechend konnte der Rheumatologe, Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin anlässlich des zweiten Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Rehaklinik V.____ im September/Oktober 2005 die vom Beschwerdeführer geklagten somatischen Beschwerden nicht mit objektiven Befunden erklären. Zwar beschrieb er das Beschwerdebild als myofasziales zervikozephalisches Schmerzsyndrom, stellte aber keine wesentliche Verspannung der Nacken- und Schultermuskulatur fest (Urk. I/11/92). Die Halswirbelsäule sei schmerzbedingt bis zu einem Drittel eingeschränkt. Eine Niveaudifferenzierung der Beschwerden gelinge nicht, so seien sämtliche Strukturen von der mittleren Brustwirbelsäule bis zum Nacken/Hinterhauptansatz identisch schmerzhaft (Urk. I/11/92). Diese Diskrepanz zwischen objektiv zu erhebenden rheumatologischen Befunden und den geklagten Beschwerden erklärte sich der Rheumatologe mit einer erheblichen Selbstlimitierung, welche weder auf den Unfall noch auf die beim Beschwerdeführer vorhandenen strukturellen Läsionen zurückzuführen sei. Diese rheumatologische Diagnosestellung erscheint nachvollziehbar, denn so konnte schon während des ersten Aufenthaltes des Versicherten in der Rehaklinik V.____ im Sommer 2004 zwar eine schmerzhafte aber nur noch mässig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit einer stark neurovegetativen Komponente festgestellt werden (Urk. I/11/39).

Im übrigen vermochte auch der Neurologe, Prof. Dr. med. K.____, MBA, Facharzt für Neurologie, im Rahmen des zweiten Rehabilitationsaufenthaltes des Beschwerdeführers in der Rehaklinik V.____ bloss einen insgesamt unauffälligen elektrophysiologischen Befund zu erheben (Urk. I/11/94).

Ferner führte auch die neurootologische Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. I.____ vom 12. Oktober 2005 im Zusammenhang mit dem geklagten Schwindel und dem Tinnitus keine objektivierbaren krankhaften Befunde zu Tage (Urk. I/11/91 und Urk. I/11/139). So hätten insbesondere die geklagten Schwindelbeschwerden weder klinisch noch apparativ-experimentell überzeugend objektiviert werden können. Der beim Beschwerdeführer bestehende Tinnitus sei von untergeordneter Bedeutung und die Arbeitsfähigkeit werde davon nicht tangiert. Beim Tinnitus handle es sich um ein Symptom und nicht um eine eigentlich krankhafte Veränderung. Daher könne auch der Tinnitus nicht objektiviert werden. Es seien lediglich gewisse Vergleichsmessungen möglich (Urk. I/11/139). Die Vestibularisuntersuchung habe keine Hinweise auf eine systematische periphere oder zentrale Pathologie, wenn von dem solitären Befund des nicht sehr heftigen horizontalen

wäre. Denn so ist den weiteren medizinischen Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Verlauf weiterhin über folgende gesundheitliche, für ein Schleudertrauma typische Beschwerden klagte: belastungsabhängige zerviko-zephalale und zerviko-thorakale Schmerzen, Schwindel, Müdigkeit, schlechte Schlafqualität, eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit (Bericht von Dr. A. ___ vom 3. März 2004 [Urk. I/11/7]), Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, Schwindel und Brechreiz (Bericht des Spital W. ___ vom 5. April 2004 [Urk. I/11/13]), Kopf- und Nackenschmerzen, Übelkeit, Schwindel (Bericht der Rehaklinik V. ___ vom 26. Juli 2004 [Urk. I/11/39]), Vergesslichkeit, Luftnot, diffuse Schmerzen im Thorax- und Halsbereich, Übelkeit bei Anstrengung, Schlafstörungen (Bericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 [Urk. I/11/96]). Das psychische Beschwerdebild schwächte sich im Verlauf des Krankheitsgeschehens tendenziell ab. So diagnostizierten die Ärzte der Rehaklinik V. ___ beim Beschwerdeführer im Sommer 2004 (Urk. I/11/39) bloss noch eine abklingende Anpassungsstörung und im Herbst 2005 eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (Urk. I/11/96). Aufgrund dieser Aktenlage ist nicht zu schliessen, dass im Verlauf des Krankheitsgeschehens den physischen Beschwerden im Verhältnis zur psychischen Symptomatik nur eine untergeordnete Rolle zugekommen ist. Das physische Beschwerdebild trat demnach nicht gänzlich in den Hintergrund. Die Frage des adäquaten Kausalzusammenhanges hat somit - wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat - nach der Rechtsprechung zu einem Schleudertrauma der HWS (BGE 117 V 359) zu erfolgen. Selbst wenn man davon ausginge, dass doch die psychischen Beschwerden im Vordergrund ständen, weil ein halbes Jahr nach dem Unfall und seither klinisch fassbare Befunde wie Hartspann und Bewegungseinschränkung der HWS kaum mehr zu erheben waren (Urk. I/11/39 und Urk. I/11/92), würde dies an der Beurteilung der Adäquanz nichts ändern. Dies deshalb, weil es sich bei der Adäquanzprüfung nach BGE 117 V 359 beziehungsweise BGE 134 V 109 wegen der Berücksichtigung von psychischen und physischen Beschwerden um die im Vergleich zur Adäquanzprüfung gemäss BGE 115 V 133 (Berücksichtigung nur der physischen Beschwerden) strengere Beurteilung handelt.

4.2.3 Was den Schweregrad des Unfalls betrifft, qualifiziert das höchste Gericht Auffahrkollisionen auf ein stehendes Fahrzeug regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis. Bei geringen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen stufte es allerdings Auffahrunfälle verschiedentlich auch als leicht ein, sofern unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretende Beschwerden weitgehend fehlten und zusätzlich die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung niedrig war (Delta-v unter 10 km/h) (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. Juni 2003 in Sachen A., U 193/01, Erw. 4.2 mit Hinweisen). Da der Beschwerdeführer vorliegend bereits am Unfalltag Schwindel, Kopfschmerzen und Spannungen im Nacken sowie der LWS verspürte (vgl. Urk. I/11/5) und die vermutete kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v-Wert von 10-15 km/h oder mehr [biometrische Kurzbeurteilung der U. ___ vom 27. September 2004, Urk. I/11/48]) nicht mehr als gering zu bezeichnen ist, ist die fragliche Auffahrkollision als mittelschweres im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis zu qualifizieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Besonders dramatische Begleitumstände lagen nicht vor. Ebenso wenig war die Auffahrkollision besonders eindrücklich. Auch zog sich der

Beschwerdeführer mit dem HWS-Distorsionsstrauma keine schwere Verletzung beziehungsweise keine Verletzung besonderer Art zu.

Ebenso wenig ist von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auszugehen, darf doch eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma noch als üblich betrachtet werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht in Sachen E. vom 30. März 2005, U 426/04 Erw. 7.2.3). Beim Beschwerdeführer reduzierte sich die Behandlung nach Austritt aus der Rehaklinik V. ___ am 27. Juli 2004 auf medikamentöse Massnahmen und Ergotherapie (Urk. I/11/39), während die Physiotherapie ab diesem Zeitpunkt eingestellt wurde. Der zweite Aufenthalt in der Rehaklinik V. ___ vom 7. September bis 26. Oktober 2005 diene einzig der medizinischen Beurteilung und der Beurteilung der Zumutbarkeit, mithin wurde damit keine therapeutischen Ziele verfolgt (Urk. I/11/66 und Urk. I/11/96). Schliesslich ist nach neuster bundesgerichtlicher Rechtsprechung entscheidend, ob nach dem Unfall fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlungen notwendig waren (Erw. 1.7). Dies ist vorliegend nicht erfüllt, bedeuten die medikamentösen und ergotherapeutischen Massnahmen doch keine erhebliche Mehrbelastung. Dies gilt selbst dann, wenn der Beschwerdeführer, wie von seinem Rechtsvertreter geltend gemacht, in der Zwischenzeit eine psychiatrische Behandlung aufgenommen hat (Urk. 1 S. 18). Denn aus dem psychosomatischen Konsil der Rehaklinik V. ___ vom 20. September 2005 ergibt sich, dass der Beschwerdeführer bloss an einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01) litt. Die ihn untersuchenden medizinischen Fachpersonen gingen davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dadurch nicht beeinträchtigt sei, und hielten im übrigen nicht einmal eine Behandlung mit Psychopharmaka für unbedingt zwingend notwendig (Urk. I/11/95).

Der Beschwerdeführer leidet seit dem Unfall unter Kopf- und Nackenschmerzen, die stets vorhanden sind. Ebenso klagt er seither über einen Druckschmerz in der HWS, eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit und Schwindel, teilweise auch über Vergesslichkeit und Schlafstörungen. Sporadisch (zwei bis drei Mal im Monat) leidet er auch an vegetativen Symptomen wie Zittern und Schwitzen (Urk. I/11/5, Urk. I/11/7, Urk. I/11/39, Urk. I/11/96). Zudem sind bei ihm auch psychische Beschwerden wie Schlafstörungen, Lustlosigkeit und Rückzugstendenz vorhanden. Das Kriterium der körperlichen und psychischen Dauerbeschwerden beziehungsweise der erheblichen Beschwerden könnte damit allenfalls als erfüllt betrachtet werden. Mit Blick auf das bereits anlässlich des ersten Aufenthaltes in der Rehaklinik V. ___ im Sommer 2004 festgestellte und im Rahmen der zweiten Hospitalisation in derselben Klinik im Herbst 2005 in noch ausgeprägter Form vorhandene Schon- und Vermeidverhalten des Beschwerdeführers (Urk. I/11/39 und Urk. I/11/96) kann das Kriterium aber nicht als in besonders ausgeprägter Form erfüllt betrachtet werden.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung, einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen bestehen keine Anhaltspunkte. Aus der blossen Dauer der geklagten Beschwerden und der ärztlichen Behandlung kann nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Vielmehr bedarf es hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen E. vom 30. März 2005, U 426/04, Erw. 7.2.5). Hinweise für erhebliche Komplikationen sind vorliegend keine ersichtlich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn das Kriterium des Grades und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bejaht würde, läge dieses Merkmal nicht in der erforderlichen ausgeprägten Form vor, da dem Beschwerdeführer gemäss Beurteilung der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 seit Klinikaustritt wieder eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar war (Urk. I/11/96).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 ist relevant, dass der Beschwerdeführer nach dem Austritt aus der Rehaklinik V. ___ im Sommer 2004 eine ergotherapeutische Behandlung aufgenommen hat (Urk. I/11/41). Gemäss dem Bericht der Ergotherapeutin vom 26. Oktober 2004 (Urk. I/11/61) hat sich der Beschwerdeführer sehr bemüht, zwei Stunden durchzuhalten. Er habe zudem selbständig und konzentriert gearbeitet. Ferner war der Beschwerdeführer im Rahmen eines sechsmonatigen Wiedereingliederungsprogrammes der Arbeitslosenversicherung vom 1. Mai 2006 an in einer Elektrozyclingfirma in Winterthur beschäftigt (Urk. 3/9). Wegen zunehmender Kopfschmerzen musste er das Arbeitspensum von 100 % auf 50 % reduzieren (Urk. I/11/120). Auch wenn der Beschwerdeführer demnach Eingliederungsbemühungen unternommen hat, kann das gemäss der jüngsten höchstgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7) präzisiertere Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ebenfalls nicht als erfüllt erachtet werden. Denn so ist auch diesfalls relevant, dass beim Beschwerdeführer eine erhebliche Selbstlimitierung vorhanden ist (Urk. I/11/96), er mithin mehr leisten konnte, als er im Rahmen seiner Arbeitsbemühungen gezeigt hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien höchstens diejenigen der Dauerbeschwerden beziehungsweise der erheblichen Beschwerden sowie des Grades und Dauer der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise der Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bejaht werden könnten. Jedoch liegen diese nicht in ausgeprägter Masse vor. Damit sind die für die Adäquanzprüfung massgebenden Kriterien nicht in gehäuft und auffälliger Weise gegeben. Demnach hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang für die Zeit ab 19. Oktober 2006 zu Recht verneint und ihre Leistungen eingestellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Begründung des Argumentes, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Leistungseinstellung deshalb nicht auf den Austrittsbericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 (Urk. I/11/96) hätte stützen dürfen, weil sie basierend darauf dem Beschwerdeführer weiterhin Taggeldleistungen ausgerichtet hat, verweist Rechtsanwalt Massimo Aliotta auf das Urteil des Bundesgerichtes vom 16. März 2007 (U 457/06). Dieses ist für den vorliegenden Prozess aber nicht einschlägig. Zwar wurde in jenem Fall auch ein HWS-Distorsionstrauma diagnostiziert und lag das für diese Verletzung typische Beschwerdebild vor. Jedoch hat die Unfallversicherung ihre Leistungen nicht - wie vorliegend - mangels adäquaten Kausalzusammenhanges, sondern wegen Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhanges eingestellt, ohne dass sich aus einem medizinischen Bericht ergeben hätte, dass die jetzigen Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen wären. Zudem waren - ebenfalls im Gegensatz zum vorliegend zu beurteilenden Fall - mehrere der erforderlichen Adäquanzkriterien erfüllt. Die Ausführungen des Bundesgerichtes, wonach die Unfallversicherung ihre Leistungseinstellung nicht auf die gleichen medizinischen Berichte abstützen kann, aufgrund derer sie zwei Jahre lang Leistungen ausgerichtet hat, sind daher nicht auf den vorliegenden Fall zu übertragen.

Die Prüfung der Rentenfrage steht bei diesem Ergebnis nicht zur Diskussion. Hinsichtlich der Leistungseinstellung per 19. Oktober 2006 ist die Beschwerde daher abzuweisen.

5.1 Streitig und zu prüfen ist im Weiteren, ob der Beschwerdeführer vom 1. Januar bis 19. Oktober 2006 Anspruch auf ein ganzes Taggeld hatte.

5.2 Ist die versicherte Person, die Taggeldleistungen bezieht, arbeitslos, so erbringt die Unfallversicherung gemäss Art. 25 Abs. 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) die ganze Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 50 Prozent beträgt, und die halbe Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent beträgt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 und weniger Prozent besteht kein Taggeldanspruch. Bei dieser Norm handelt es sich

rechtsprechungsgemäss um eine Koordinationsbestimmung zwischen der Unfall- und der Arbeitslosenversicherung. Deren Anwendung setzt das Zusammentreffen von Taggeldern der Unfallversicherung mit solchen der Arbeitslosenversicherung voraus. Diese Regelung greift daher nur dann Platz, wenn die versicherte Person bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet ist (Stephan Käbeler, Erfahrungsbericht aus der Unfallversicherung, in: René Schaffhauser/Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtliche Leistungskoordination, St. Gallen 2006, S. 107 ff., S. 140 mit Hinweis auf das unveröffentlichte Urteil U 348/00 vom 2. April 2001, E. 3). Offengelassen hat die Rechtsprechung die auch vorliegend nicht zu prüfende Frage, inwieweit diese Bestimmung gesetzlich ist (vgl.

BGE 126 V 128 E. 3c. S. 128 f.).

5.3 Arbeitsunfähigkeit ist gemäss Art. 6 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (vgl. betreffend der Anwendbarkeit dieses zweiten Satzes von Art. 6 ATSG auf die Unfallversicherung: Jean-Maurice Frösard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel 2007, Rz. 152 S. 895 mit Hinweisen, a. M.: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 6 N 9, S. 86 f.). Steht fest, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat der Versicherungsträger sie dazu aufzufordern und ihr zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Taggeld geschuldet bleibt (RKUV 2000 Nr. KV 112 S. 122 E. 3a [K 14/99] mit weiteren Hinweisen). Diese Übergangsfrist ist in der Regel auf drei bis fünf Monate zu bemessen (RKUV 2005 Nr. KV 342 S. 358 [K 42/05]).

5.4 Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf den Austrittsbericht der Rehaklinik V. vom 31. Oktober 2005 (Urk. I/11/96) davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2006 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist, weshalb ihm ab diesem Zeitpunkt ein herabgesetztes Taggeld auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszurichten sei.

5.5. Der Beschwerdeführer führte dagegen ins Feld, dass auf den Austrittsbericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 mangels Beweistauglichkeit nicht abgestellt werden könne (Urk. I S. 14).

5.6. Streitig und zu präzisieren ist daher zunächst, ob der Austrittsbericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 (Urk. I/11/96) beweistauglich ist.

Wie bereits erwähnt hat der Austrittsbericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 hinsichtlich der somatischen Beschwerden als beweistauglich zu gelten (vgl. Erw. 4.1). Diesbezüglich stimmt er denn auch mit dem Bericht von Dr. H. ___ vom 19. Januar 2007 (Urk. 3/9) überein. Was die psychischen Beschwerden sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betrifft, ist Folgendes festzuhalten: Während die Ärzte der Rehaklinik V. ___ beim Beschwerdeführer von einer leichten Depression mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01) ausgingen, stellte Dr. H. ___ die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Hinsichtlich der Befunderhebungen verwies sie aber auf den Bericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 und führte an, dass sich beim Beschwerdeführer seither keine wesentlichen Veränderungen ergeben hätten. Vor diesem Hintergrund ist nicht einsichtig, weshalb die Hausärztin sich nicht auch in Bezug auf die psychiatrische Diagnose auf die Einschätzung der Rehaklinik V. ___ stützte, dies zumal sie keine eigenen Befunderhebungen angestellt oder sich auf solche einer anderen medizinischen Fachperson gestützt hat. Abweichend beurteilte Dr. H. ___ auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Mithin ging sie davon aus, dass dieser für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig sei. Weshalb sie bei gleichen Diagnosen und Befunderhebungen wie die Ärzte der Rehaklinik V. ___ von deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit abweicht, hat sie in ihrem Bericht nicht angegeben. Der Bericht von Dr. H. ___ ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb dessen Beweiswert zweifelhaft ist. Den Beweiswert ihrer Einschätzung schränkt zudem die Erfahrungstatsache ein, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/c). Demgegenüber erweist sich der Austrittsbericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 wie bereits erwähnt (Erw. 4.1) hinsichtlich der somatisch geklagten Beschwerden als beweistauglich. Dasselbe gilt für die psychischen Beschwerden. So wurde der Beschwerdeführer am 19. September 2005 durch die Psychiater Dres. med. L. ___, Oberarzt, und M. ___, Leitender Arzt, im Rahmen eines psychosomatischen Konsils untersucht. Dabei berücksichtigten sie die geklagten Beschwerden sowie die Vorakten. Da die beiden Ärzte den Beschwerdeführer bereits bei seinem letzten Aufenthalt in der Rehaklinik V. ___ im Sommer 2004 am 28. Juni sowie am 9. Juli 2004 untersucht hatten und dabei eine abklingende Anpassungsstörung diagnostiziert hatten (Urk. I/11/38), ist davon auszugehen, dass ihnen die Anamnese hinreichend bekannt war. Das psychosomatische Konsilium leuchtet auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind begründet. Dass der Beschwerdeführer durch eine leichte Depression bestehend aus Schlafstörungen, Lustlosigkeit, Rückzugstendenz und verschiedenen somatischen Beschwerden (Druck auf der Brust, Kopfschmerzen, Atemnot) in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, ist nachvollziehbar. Aufgrund der sorgfältigen und umfassenden Abklärungen in der

Rehaklinik V. ___ im Herbst 2005 ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch ab Klinikaustritt per Ende Oktober 2005 zumindest für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags arbeitsfähig war. Wenn der Beschwerdeführer ausführen lässt, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruhe in unzulässiger Weise auf medizinisch-theoretischen Überlegungen der Ärzte der Rehaklinik V. ___ (Urk. 1 S. 14), ist dem entgegenzuhalten, dass es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4) und dass bei einer stellenlosen versicherten Person die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stets auf medizinisch-theoretischen Überlegungen basiert. Angesichts der geringfügigen objektivierbaren pathologischen somatischen Befunde der klinischen und bildgebenden Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie der die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkenden psychiatrischen Diagnose ist der Schluss der Ärzte der Rehaklinik V. ___, dass beim Beschwerdeführer eine erhebliche Selbstlimitierung vorliegt, nachvollziehbar. Dass demnach auch die Resultate aus den ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar sind, ist die logische Schlussfolgerung daraus.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass auf den Austrittsbericht der Rehaklinik V. ___ vom 31. Oktober 2005 (Urk. I/11/96) vollumfänglich abzustellen ist. Daraus ergibt sich, dass der Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags arbeitsfähig ist.

5.7 Ä Ä Ä

5.7.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts des Zwecks der Taggeldleistungen nach UVG, den unfallbedingten Einkommensverlust zu kompensieren, ist zur Ermittlung einer Arbeitsunfähigkeit nach Verlust der Arbeitsstelle ein Einkommensvergleich durchzuführen.

5.7.2 Ä Ä Laut Arbeitgeberbescheinigung vom 31. Mai 2007 (Urk. I/11/167) hätte der Beschwerdeführer bei der Z. ___ AG im Jahre 2006 einen Lohn von Fr. 72'150.-- erzielen können. Davon ist als Valideneinkommen auszugehen.

5.7.3 Ä Ä Zur Ermittlung des mit der Behinderung im Jahre 2006 erzielbaren Lohnes (hypothetisches Invalideneinkommen) ist auf die Tabellenlöhne abzustellen, welche vor allem dann beizuziehen sind, wenn die Versicherten nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihnen an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen haben (BGE 124 V 322 Erw. 3b/aa mit Hinweisen). Laut der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung 2006 des Bundesamtes für Statistik (LSE) betrug der Zentralwert für die dem Versicherten offenstehenden einfachen und repetitiven Tätigkeiten im privaten Sektor bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'732.--, was unter einer betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2008 Tabelle B9.2 S. 94) ein monatliches Gehalt von Fr. 4'933.11 oder ein jährliches Gehalt von rund Fr. 59'197.-- ergibt.

5.7.4 Ä Ä Die für die Ermittlung des Invalideneinkommens von Versicherten, welche wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben können, herangezogenen Tabellenlöhne können praxistypisch um bis zu 25 % gekürzt werden; damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Versicherten in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau der entsprechenden gesunden

Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Rechtsanwalt Massimo Aliotta hat mit Eingabe vom 19. Januar 2009 (Urk. 17) Aufwendungen von total 13 Stunden à Fr. 200.-- und damit Fr. 2'600.-- sowie Auslagen von Fr. 78.-- (3 % von Fr. 2'600.--) geltend gemacht. Diese sind für das vorliegende Verfahren nicht angemessen, insbesondere erscheint der Aufwand für das Abfassen der Beschwerdeschrift von zehn Stunden angesichts der Vorkenntnis vom Einspracheverfahren als zu hoch und ist auf acht Stunden zu kürzen. Daraus ergibt sich ein zu ersetzender Aufwand von rund Fr. 2'438.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Da der Beschwerdeführer nur hinsichtlich des Zeitpunkts der Reduktion der Taggelder obsiegte, ist die der Beschwerdegegnerin aufzuerlegende Prozessentschädigung auf einen Drittel und damit auf Fr. 813.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Im weitergehenden Umfang ist der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 1'625.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer ist auf Art. 92 der Zivilprozessordnung (ZPO) hinzuweisen, wonach er zur Erstattung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, wenn er in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 13. September 2007 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Massimo Aliotta, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als dass der Einspracheentscheid der SUVA vom 6. August 2007 dahingehend aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer vom 1. Januar bis 31. März 2006 Anspruch auf Taggelder auf der Basis einer 100%igen und vom 1. April bis 19. Oktober 2006 auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 813.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, mit Fr. 1'625.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

6. 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.