

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00515 vom 1. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00515

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00515 du 1 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00515 del 1 marzo 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Gemäss Polizeirapport (Urk. 8/12) befand sich der Beschwerdeführer am 15. Oktober 2003 als Beifahrer in einem mit rund 30 km/h fahrenden Auto, das mit einem anderen Auto kollidierte, welches - linksabbiegend - unvermittelt in seiner Fahrspur auftauchte (S. 5). Der Fahrer erlitt gemäss Polizeirapport eine Hirnerschütterung und innere Hirnblutungen (S. 3).

Gemäss dem Bericht der Ärzte des Spitals C.____ vom 10. November 2003 (Urk. 8/11) wurde der Beschwerdeführer notfallmässig in das Spital C.____ eingewiesen, wo eine traumatische Milzruptur und eine Rippenserienfraktur mit Hämatopneumothorax diagnostiziert und er gleichentags operiert (Thoraxdrainage, Laparotomie) wurde.

3.2 Vom 4. bis 29. November 2003 weilte der Beschwerdeführer sodann stationär in der Hôpitalklinik D.____, wo mit Bericht vom 2. Dezember 2003 (Urk. 8/16) folgende Diagnose gestellt wurde (S. 1 Mitte):

stumpfes Thorax- und Abdominaltrauma nach Autounfall am 15. Oktober 2003

- Rippenserienfraktur links dorsal 4.-7. und 10. Rippe

- Pneumothorax links

- Milzruptur, Status nach Splenographie am 15. Oktober 2003

Der Beschwerdeführer sei bei weitgehender Schmerzfreiheit und in allgemeiner Rekonditionierung in die weitere ambulante Behandlung durch den neuen Hausarzt Dr. E.____ entlassen worden (S. 2 oben).

3.3 Dr. med. E.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, erstatte am 24. Dezember 2003 einen Zwischenbericht (Urk. 8/17). Als Diagnose nannte er einen Status nach Rippenserienfraktur links, Pneumothorax links und Milzruptur bei Verkehrsunfall am 15. Oktober 2003 (Ziff. 1). Die gegenwärtige Behandlung seien Physiotherapie und Analgetika (Ziff. 3a); die Wiederaufnahme der Arbeit sei auf Februar/März 2004 vorgesehen (Ziff. 4a).

Am 5. März 2004 (Urk. 8/24) nannte Dr. E.____ die gleiche Diagnose und berichtete, die Wiederaufnahme der Arbeit zu eventuell 25 % sei ab April 2004 vorgesehen (Ziff. 4).

Am 27. Mai 2004 (Urk. 8/32) nannte Dr. E.____ die gleiche Diagnose und berichtete, die aktuelle Problematik sei eine anhaltende Opiatabhängigkeit (Durgesic Pflaster) sowie psychische Auffälligkeiten mit zunehmend pathologischer Unfallverarbeitung (Ziff. 2). Ferner äusserste sich Dr. E.____ zu der seines Erachtens sehr kritischen und teils ablehnenden Haltung des Beschwerdeführers gegenüber sinnvollen medizinischen Massnahmen (Ziff. 2b). Angaben zur Arbeitsaufnahme machte er in diesem Bericht nicht (vgl. Ziff. 4).

Am 16. Juni 2004 wurde wegen chronischer Nackenschmerzen und im Hinblick auf eine allfällige Diskopathie C4/5 ein MRT angefertigt; dieses ergab eine leichte Chondrose der cervikalen Bandscheiben, etwas ausgeprägter auf Höhe C4/5, wodurch eine zeitweilige Beeinträchtigung der beiden Nervenwurzeln C5 möglich sei (Urk. 8/76).

Vom 7. Juli bis 18. August 2004 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik F.____, wo mit Austrittsbericht vom 10. (richtig wohl: 18. oder 19.) August 2004 (Urk. 8/40) folgende Diagnosen gestellt wurden:

A. Unfall vom 15. Oktober 2003 (Frontalkollision als Mitfahrer)

- traumatische Milzruptur

- Rippenserienfraktur (8) dorso-basal mit Hämatothorax links

apikale und basale Thoraxdrainage links, mediane Laparotomie, Revision des Abdomens und Splenographie

- Rissquetschwunde frontal links am Kopf

1. zervikospondylogenes Syndrom

B. distale Colitis ulcerosa

Arbeitsrelevante Problembereiche seien die Schmerzen im Abdomen, der Halswirbelsäule (HWS) sowie die allgemeine Dekonditionierung. Limitiert seien HWS-belastende Tätigkeiten wie das Heben und Tragen von - einzeln genannten - Gewichten und längere HWS-belastende Haltungen; die psychophysische Belastbarkeit sei derzeit noch reduziert (S. 3 Mitte).

Es wurde eine Arbeitsfähigkeit zu therapeutischen Zwecken, zunächst beginnend mit Bortugol-Tätigkeiten, attestiert und um Begleitung durch einen Aussendienstmitarbeiter und retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gebeten (S. 3).

Am 23. August 2004 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt FMH Innere Medizin, speziell Gastroenterologie, an Dr. E.____ (Urk. 8/60). Die von ihm durchgeführte Oesophago-Gastro-Duodenoskopie habe eine teils erosive Bulbitis ergeben; die diffusen Bauchschmerzen seien seines Erachtens durch den Befund nicht erklärbar (S. 2 oben).

Nach erneuter Untersuchung berichtete Dr. G.____ am 13. September 2004, es fände sich keine Pathologie als Ursache für die geschilderte Schmerzsymptomatik, so dass leider eine pathologische Schmerzverarbeitung als Unfallfolge anzunehmen sei (Urk. 8/61).

Dr. E.____ nannte in seinem Bericht vom 18. April 2005 (Urk. 8/54) folgende Diagnosen: belastungsabhängige Abdominalschmerzen bei Status nach Polytrauma mit traumatischer Milzruptur und Hämatothorax links, zervikospondylogenes Syndrom nach HWS-Distorsion, Status nach distaler Colitis ulcerosa (Ziff. 1). Im März 2005 habe der Beschwerdeführer einen therapeutischen Arbeitsversuch am bisherigen Arbeitsplatz starten können; aktuell arbeite er im Bau- und sei mit Planung zeichnen und Überwachungsaufgaben betraut (Ziff. 2). Als Diagnose nannte Dr. E.____ belastungsabhängige Abdominalschmerzen bei Status nach Polytrauma (Ziff. 1).

Dr. G.____ berichtete am 18. August 2005 (Urk. 8/58), rein aus Sicht der Abdominalorgane könnte man von einem posttraumatischen konstipationsdominanten Colon irritabile sprechen (S. 2 unten). In seinem Bericht vom 29. August 2005 (Urk. 8/62) führte Dr. G.____ aus, persistierende organische Veränderungen seien nicht nachzuweisen, so dass die Beschwerden mindestens nicht somatisch medizinisch zu begründen seien (S. 2 oben); rein gastroenterologisch könnte man von funktionellen Bauchbeschwerden sprechen (S. 2 Mitte Ziff. 2).

Auf Veranlassung von Kreisarzt Dr. med. H.____ (vgl. Urk. 8/74) erfolgte am 10. Januar 2006 eine Röntgenuntersuchung, welche eine morphologisch und insbesondere funktionell normale Magen-Darm-Passage ergab (Urk. 8/81).

Am 21. Juni 2006 berichtete Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA, über seine neurootologische Untersuchung (Urk. 8/88 = Urk. 8/87). Er hielt ein im Wesentlichen normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem sowie einen mittelschweren bis schweren Tinnitus fest. Dem Beschwerdeführer könne die Fortsetzung seiner bisherigen Tätigkeit im Büro rein aus ORL-ärztlicher Sicht voll zugemutet werden; hingegen sollte er Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr beziehungsweise auf ungesicherten Gerüsten oder an schnell rotierenden Maschinen bis auf weiteres vermeiden (S. 3 oben).

Mit Bericht vom gleichen Datum beurteilte Dr. I.____ den vom Beschwerdeführer berichteten Tinnitus als unfallkausal und bemass den Integritätsschaden auf 5 % (Urk. 8/89).

Kreisarzt Dr. H.____ fasste am 1. September 2006 die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchung vom 21. Dezember 2005 und der von ihm daran anschliessend veranlassten Abklärungen zusammen (Urk. 8/92). Aufgrund des klinischen Untersuchungs und der objektivierbaren Befunde habe der Unfall vom 15. Oktober 2003 an der HWS keinen traumatischen Schaden hinterlassen. Ein relevanter traumatisch bedingter Restschaden könne aufgrund der umfassenden gastroenterologischen Untersuchungen inklusive Magen-Darm-Passage ausgeschlossen werden (S. 1 Mitte). Aus rein ORL-ärztlicher Sicht könne der Beschwerdeführer seine Tätigkeit im Büro fortsetzen; hingegen sollte er Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr beziehungsweise auf ungesicherten Gerüsten oder an schnell rotierenden Maschinen bis auf weiteres vermeiden. Am Thorax lägen keine Restschäden vor (S. 1 unten). Es lägen somit objektivierbar keine Unfallfolgen mehr vor, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (abgesehen von den aus ORL-Sicht genannten Limiten) rechtfertigen

würden (S. 2 oben).

3.7 Am 12. Dezember 2006 berichtete Dr. G. über die von ihm gleichentags vorgenommene Ileo-Coloskopie und Polypektomie (Urk. 8/97/2). Am 21. Dezember 2006 fasste Dr. G. aus, aufgrund der erfolgten histologischen Untersuchung schein eine entzündliche Darmkrankheit tatsächlich zu bestehen. Die entzündlichen Veränderungen seien insgesamt sicher geringgradig und nicht für die vom Beschwerdeführer empfundenen Bauchschmerzen verantwortlich (Urk. 8/97/4).

Am 10. April 2007 nahm Dr. E. zu Handen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung (Urk. 8/110/2). Seines Erachtens müsse der Tinnitus auch im Zusammenhang mit den konstanten Nackenbeschwerden des Beschwerdeführers gesehen werden; entgegen dem von der Beschwerdegegnerin vertretenen Standpunkt sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma erlitten habe und die aktuellen HWS-Symptome traumatisch bedingt seien (S. 1). Bezüglich der Abdominalproblematik habe die Beschwerdegegnerin nachweisen können, dass keine posttraumatischen Veränderungen vorlägen. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der neu diagnostizierten Colitis ulcerosa dürfte von der Beschwerdegegnerin verneint und auch von Magen-Darm-Spezialisten nicht eindeutig bejaht werden (S. 2 Mitte). Wegen den doch glaubhaft bestehenden posttraumatischen Beschwerden könne der Beschwerdeführer wohl nicht mehr körperlich belastend im Baugewerbe arbeiten. Büro- und Überwachungsarbeiten seien zur Zeit zu 50 % möglich, eine Steigerung sei noch nicht absehbar (S. 2 unten).

3.8 Am 16. August 2007 nahm Kreisarzt Dr. H. zu den neueren Beurteilungen durch Dr. G. und Dr. E. Stellung (Urk. 8/117).

Die von Dr. G. vorgenommene Polypektomie und Entfernung eines Hämorrhoidalknotens betreffe ein krankheitsbedingtes Geschehen ohne Zusammenhang zum Unfallereignis. Auch die von Dr. G. festgestellten entzündlichen Veränderungen im Magen seien krankheitsbedingt und ohne kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis (S. 1 Mitte).

Hinsichtlich der Hals- und Nackenbeschwerden habe eine traumatisch bedingte Läsion bildgebend eindeutig ausgeschlossen werden können; das MRT vom 16. Juli 2004 habe degenerative vorbestehende Veränderungen gezeigt. Unfallkausal sei der mit 5 % Integritätsentschädigung berücksichtigte Tinnitus. Gastroenterologisch habe ein traumatisch bedingter Restschaden ausgeschlossen werden können; ein die abdominellen Beschwerden erklärendes, objektivierbar fassbares Korrelat liege nicht vor (S. 1 unten).

3.9 Am 18. April 2008 nahm Dr. med. J., Facharzt Psychiatrie und Psychiatrie FMH, zu ihm vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unterbreiteten Fragen Stellung (Urk. 14) und fasste aus, dass er den Beschwerdeführer bisher lediglich im Rahmen von zwei einzelnen Interviews kennengelernt, noch keine eigentliche Therapie eingeleitet und auch keine Kenntnis der Akten habe, weshalb er die Fragen nicht beantworten könne (Abs. 1). Aufgrund seiner bisherigen Abklärungen stelle er fest, dass auf psychiatrisch-diagnostischer Ebene eine posttraumatische Belastungsstörung mit intensiven vegetativen Symptomen bestehe. Von der Behandlung dieser Problematik sei im günstigen Fall eine Verbesserung des subjektiven Befindens zu erwarten, wahrscheinlich aber nicht eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Er gehe also davon aus, dass beim

Beschwerdeführer ein bleibender Nachteil bestehe, zumal das Ereignis inzwischen 4 1/2 Jahre zurückliege (Abs. 2).

Am 29. August 2008 (Urk. 21) bedankte sich Dr. J. für die Zustellung der aktuellsten Rechtsschriften, denen er entnommen habe, mit welcher Boshaftigkeit die Gegenpartei die Beschwerden bis zur Unkenntlichkeit zerpfücke und verdrehe (Abs. 1). Die von ihm gestellte Diagnose sei keine Verdachtsdiagnose, sondern mittlerweile auch testmässig erhärtet (Abs. 2).

E. 4

4.1 Die vorhandenen ärztlichen Beurteilungen stimmen - mit einer Ausnahme - darin überein, dass als Beschwerden Nackenbeschwerden, eine Magen-Darm-Problematik und ein Tinnitus genannt wurden. Hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität der Beschwerden decken sich die Beurteilungen nicht vollumfänglich, worauf noch einzugehen ist.

4.2 Die genannte Ausnahme hinsichtlich der erhobenen Beschwerden ist der seit Frühjahr 2008 behandelnde Psychiater, der von einer posttraumatischen Belastungsstörung mit intensiven vegetativen Symptomen sprach. Dabei räumte er bei der ersten Erwähnung dieser Diagnose ein, keine Kenntnis der Akten zu haben. In einer zweiten Stellungnahme, nachdem ihm die aktuellsten Rechtsschriften - also nicht die medizinischen Vorakten - überlassen worden waren, bekräftigte er sodann die Diagnose.

Dem Fachpsychiater müsste eigentlich bekannt sein, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss der einschlägigen Umschreibung (ICD-10: F43.1) voraussetzt, dass die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007 i.S. C., U 439/06, Erw. 3.4, mit Hinweis).

Dass Dr. J. eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte, obwohl die diagnostischen Kriterien dafür eindeutig nicht erfüllt sind, lässt seine Stellungnahme als Parteinahme erscheinen, die denn auch die Tonalität seines zweiten Schreibens prägte. Darin kommt die im therapeutischen Kontext nachvollziehbare Nähe zum Patienten zum Ausdruck; Aufschluss für die vorliegend zu beurteilenden Fragen lassen sich mangels Objektivität (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc) daraus nicht gewinnen.

4.3 Übereinstimmung besteht mit Bezug auf den Tinnitus, der in allen Beurteilungen als Unfallfolge gewertet wurde. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin eine Integritätsentschädigung zugesprochen.

Dr. E. vertrat darüber hinaus den Standpunkt, der Tinnitus müsse auch im Zusammenhang mit den konstanten Nackenbeschwerden gesehen werden. Worin ein solcher Zusammenhang bestehen könnte und wie er zu begründen wäre, führte Dr. E. allerdings nicht näher aus, so dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit seiner - nicht auf Anhieb nachvollziehbaren - These nicht möglich ist.

4.4 Übereinstimmung besteht andererseits mit Bezug auf die Magen-Darm-Problematik. In allen Beurteilungen wurde davon ausgegangen, dass sie

keinen durch den erlittenen Unfall bewirkten Schaden darstellt. Soweit dafür ein organisches Substrat ersichtlich ist, handelt es sich um ein Krankheitsgeschehen, soweit kein organisches Substrat besteht, könnte ein Zusammenhang mit dem Unfall höchstens auf der Ebene der psychischen Verarbeitung gesehen werden, worauf zurückzukommen ist.

4.5 Die Nackenbeschwerden wurden von Dr. E. ___ kausal mit dem Unfall in Verbindung gebracht mit dem Argument, sie gingen auf eine beim Unfall erlittene HWS-Distorsionsverletzung zurück. Diese Annahme steht in direktem Widerspruch zum Umstand, dass Dr. E. ___ erstmals im April 2005, mithin über 1 ½ Jahre nach dem Unfallereignis, als Diagnose eine HWS-Distorsion aufhörte. In den von ihm im Jahr 2004 erstatteten Berichten war von einer HWS-Distorsion noch keine Rede gewesen. Andererseits ergab die bildgebende Abklärung, welche im Juni 2004 wegen chronischer Nackenschmerzen durchgeführt wurde, degenerative Veränderungen im Bereich der HWS. Damit sind auch die Nackenschmerzen, soweit ein organisches Substrat ersichtlich ist, als Krankheitsgeschehen und, soweit kein organisches Substrat besteht, höchstens auf der Ebene der psychischen Verarbeitung als mit dem Unfall zusammenhängend zu verstehen.

4.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerden, welche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen, soweit ihnen ein objektivierbar fassbares Korrelat zugeordnet werden kann, als Krankheitsgeschehen und damit nicht unfallkausal zu beurteilen sind. Soweit sie kein objektiviert fassbares organisches Korrelat haben, könnte ein Kausalzusammenhang mit dem Unfall allenfalls auf der psychischen Ebene gesehen werden.

Mithin ist zu prüfen, ob zwischen allfälligen psychischen Folgen und dem erlittenen Unfall ein rechtsgemäßer Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang vorerst offen bleiben, indem vorab geprüft wird, ob ein solcher denn auch adäquat wäre.

4.7 Das Unfallereignis ist ein solches der mittleren Kategorie. Es handelt sich offensichtlich nicht um einen leichten Unfall, aber auch nicht um einen schweren im Sinne der massgebenden Praxis. Im mittleren Bereich eingestuft wurden etwa ein Unfall, bei welchem das Fahrzeug ins Schleudern geriet, von der Strasse abkam und sich über eine Grasflschung hinab überschlug, was beim Versicherten mehrere Rippenfrakturen rechts und eine Rissquetschwunde im Bereich der rechten Beckenschaufel sowie einen Schlüsselbeinbruch rechts zur Folge hatte und ein Unfall, bei welchem ein Lastwagen von der Strasse abkam, seitlich eine Flschung hinunterfuhr und nach anderthalbmalem Überschlagen auf dem Dach liegen blieb, wobei sich der Versicherte als Beifahrer, der vor dem Überschlagen des Wagens abspringen konnte oder hinausgeschleudert wurde, Prellungen an der Halswirbelsäule und am Knie, eine Schockwirkung sowie möglicherweise eine Hirnerschütterung zuzog. Als an der Grenze zu schweren Unfällen liegend wurde beurteilt: ein Reifenplatzer auf der Autobahn bei zirka 95 km/h mit anschliessendem Überschlagen des Fahrzeugs auf das Dach; ein Überschlagen des Fahrzeuges infolge Reifenplatzers mit Kontusionen an Thorax, Schultern und Halswirbelsäule der Versicherten; ein Frontalzusammenstoss, nach welchem der Versicherte durch das Fenster aus dem Auto geschleudert wurde, während er mit dem Bein bis zur Hüfte im umgestürzten Wagen eingeklemmt blieb und sich eine Gehirnerschütterung, eine Kopfverletzung, einen Mittelhandbruch und Verletzungen in

der Leistengend zuzog (RKUV 2003 Nr. U 481 S. 203 ff. Erw. 3.2.2 S. 204 f.).

4.8. Bei Unfällen im mittleren Bereich ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen, wenn von den massgebenden Kriterien eine Mehrzahl oder ein einziges in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist; als Kriterien nennt die Rechtsprechung (vgl. BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Dem Unfall - eine Kollision zwischen einem relativ langsam geradeaus fahrenden und einem im Abbiegen begriffenen Auto - fehlen besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit. Die erlittenen Verletzungen waren zwar, wie die notfallmässige Operation am Unfalltag deutlich macht, von einer gewissen Schwere; jedoch ist keine Eignung ersichtlich, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die somatischen Unfallfolgen, namentlich die erlittene Milzruptur, wurden erfolgreich behandelt; bereits ab August 2004 galt die weitere Behandlung den neu aufgetretenen, unfallfremden Nackenbeschwerden und den nicht organisch erklärbaren Bauchbeschwerden, so dass nicht von einer ungewöhnlich langen Behandlungsdauer gesprochen werden kann. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen wurden ausnahmslos als belastungsabhängig bezeichnet; somit kann nicht von körperlichen Dauerschmerzen ausgegangen werden. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sowie ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen offensichtlich nicht vor. Von einer physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann schliesslich bis maximal August 2004 ausgegangen werden, da für später attestierte Leistungseinbussen keine unfallbezogene organische Ursache ausgemacht werden konnte.

Somit ist festzuhalten, dass keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist. Allfälligen psychischen Beeinträchtigungen fehlt es mithin am adäquaten Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall.

4.9. Zusammengefasst erweisen sich im strittigen Zeitpunkt noch bestehende Beschwerden entweder, soweit organisch begründbar, als krankheitsbedingt und damit nicht unfallkausal, oder, soweit psychischer Art, mangels Adäquanz als nicht unfallkausal.

Somit hat die Beschwerdegegnerin eine über den strittigen Zeitpunkt hinaus reichende Leistungspflicht zu Recht verneint und der angefochtene Entscheid ist nicht zu beanstanden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Wenger

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

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.