

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00090 vom 7. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00090

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00090 du 7 janvier 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00090 del 7 gennaio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.3 Auch bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule (HWS) bilden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand und Ähnliches die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung. Das

Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten (BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa). An dieser Rechtsprechung hat sich mit BGE 134 V 109, worin die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädelhirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden in mehrfacher Hinsicht präzisiert worden ist (vgl. Erw. nachstehend), nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts in Sachen W. vom 1. September 2009, 8C_355/2009, Erw. 2.1.2).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

2.5 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a).

2.6 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 438 f. Erw. 3a und b).

2.7 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

2.8. Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

E. 3

3.1. Im Folgenden ist der für die Kausalitätsbeurteilung massgebende medizinische Sachverhalt zu präzisieren.

3.2. Die den Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 28. November 2003 gleichentags erstmals behandelnden Ärzte des Spitals B. diagnostizierten mit Bericht vom 27. Dezember 2003 eine Commotio cerebri, eine Schürfung über dem Jochbogen links und eine Kontusion der 5. linken Rippe. Der Röntgenbefund ergebe keine Anhaltspunkte für ossäre Läsionen. Vom 28. November bis 2. Dezember 2003 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 11/2).

3.3. Dr. med. C., Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 13. Januar 2004 eine Commotio cerebri, Kontusionen im Bereich des linken Thoraxes und postkontusionelle Kopfschmerzen. Der Beschwerdeführer wirke sehr depressiv und unruhig und habe Schmerzen an allen Muskeln, im Kopf und in der linken Hüfte. Auf Ende Januar 2004 sei eventuell eine Wiederaufnahme der Arbeit vorgesehen (Urk. 11/6).

Am 20. Februar 2004 erwähnte Dr. C., dass gegenwärtig eine posttraumatische Verarbeitungsstörung im Vordergrund stehe. Der Beschwerdeführer wirke sehr depressiv und klage überall über Schmerzen (Urk. 11/13).

3.4. SUVA-Kreisarzt Dr. med. D., Orthopädische Chirurgie FMH, stellte im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 4. März 2004 fest, dass die Biographie des Beschwerdeführers mit einer Flucht aus der Türkei, dem Verlust seines akademischen Status und den fehlenden Zukunftsaussichten im Vordergrund stehe. Der Beschwerdeführer klage auch über eine relative Vergesslichkeit und demonstriere dies auf eine teilweise gekünstelt wirkende Weise (Urk. 11/17 S. 2).

E. 3.5

Dr. med. E., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Bericht vom 30. März 2004, dass der Beschwerdeführer psychosozial schwer gekränkt sei. Zusätzlich sei er durch den Unfall vom 28. November 2003 in somatischer und somato-psychischer Weise erheblich verletzt und gekränkt worden und leide an einer schweren Depression. Es seien Anhaltspunkte für ein leichtes posttraumatisches und postcommotionelles POS zu erkennen (Urk. 11/20).

3.6. Dr. med. F., Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 19. April 2004 ein posttraumatisches zervikozephal und lumbales Schmerzsyndrom sowie anhaltende Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Oberarmes. Der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfalles vom 28. November 2003 ein Überdehnungstrauma der HWS, eine Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine Commotio cerebri mit mehrminütiger Bewusstlosigkeit erlitten. Im Vordergrund ständen Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Schulter- und Armbereich. Die neurologische Untersuchung habe unauffällige Befunde ergeben. Die geklagten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten könnten allerdings auf eine minimale Hirnschädigung hinweisen, weshalb eine neuropsychologische Abklärung indiziert sei (Urk. 11/22).

3.7. Dr. D. erwähnte mit Bericht vom 3. Mai 2004, dass eine neuropsychologische Untersuchung indiziert sei. Dabei dürften sich die kulturellen Differenzen und die depressive Verstimmung ungünstig auswirken. Psychosoziale Faktoren stellten in psychischer Hinsicht ein wesentliches Element dar. Es sei für die Zeit ab Juli 2004 eine volle Arbeitsfähigkeit anzustreben (Urk. 8/23 S. 3).

3.8. Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Neurologie und physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. phil. H. ____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, diagnostizierten im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 28. Mai 2004 eine leichte traumatische Hirnverletzung vom 28. November 2003. In neuropsychologischer Hinsicht leide der Beschwerdeführer an einer mittelschweren Störung multikausaler Ursache (Urk. 11/28 S. 1). Im Vordergrund stünden deutliche Einschränkungen aller Aufmerksamkeitsbereiche, welche zum grössten Teil durch Kopfschmerzen verursacht würden. Daneben spiele eine reaktiv-psychische Symptomatik im Sinne eines «Shaken-Sense-of-Self» eine Rolle (Urk. 11/28 S. 2 f.).

3.9. Prof. Dr. med. I. ____, Facharzt für Neurologie, stellte mit Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Juni 2004 einen Zustand nach leichter traumatischer Hirnverletzung fest. Das Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, Schlafstörungen und kognitiven Beeinträchtigungen sei deutlich ausgeprägt. Es bestehe eine deutliche Gefahr der Chronifizierung des Beschwerdebildes, wenn es nicht gelinge, den Beschwerdeführer in eine Tagesstruktur einzubinden und den Schlaf- und Wachrhythmus zu normalisieren (Urk. 11/30 S. 2).

3.10. Dr. med. J. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im ambulanten psychiatrischen Abklärungsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 9. Juni 2004 folgende Diagnosen (Urk. 11/29 S. 1):

- keine depressive Störung
- Kopfschmerzproblematik mit psychophysiologischer Begleitsymptomatik, allenfalls im Sinne einer leichten psychischen Anpassungsstörung
- leichte psychotraumatologische Restsymptomatik, nicht im Umfang einer eigentlichen psychischen Störung

Der Beschwerdeführer leide unter einer typischen Kopfschmerzproblematik. Eine eigentliche Depression bestehe nicht (Urk. 11/29 S. 4).

3.11. Dr. D. ____, erwarhnte in seinem Bericht vom 17. November 2004, dass auf somatischer Ebene keine Residuen des Unfalls vom 28. November 2003 beständen, und dass dem Beschwerdeführer die Ausübung mittelschwerer Arbeiten zuzumuten sei. Die Kopfschmerzen und die Adynamie des Beschwerdeführers ständen im Vordergrund (Urk. 11/38 S. 3).

3.12. Dr. med. K. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 22. Januar 2005 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma. Aus psychiatrischer Sicht bestehe gegenwärtig keine depressive Symptomatik. Eine hypochondrische oder simulierte Erkrankung, ein regressives Verhalten oder eine Rentenbegehrlichkeit seien auszuschliessen. Aus medizinischer Sicht sei die Ausübung einer Arbeit indiziert. Es könne nur eine sehr unsichere Prognose in der Nähe einer vollständigen Invalidität gestellt werden (Urk. 11/50 S. 4).

3.13. SUVA-Kreisarzt Dr. med. L. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 25. August 2005 aus, dass die Frage nach dem Vorliegen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma nicht eindeutig geklärt werden könne. Insbesondere sei unklar, ob der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 28. November 2003 während einer kurzen Zeit bewusstlos gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe erstmals vier Tage nach dem Unfallereignis eine kurze

Bewusstlosigkeit angegeben (Urk. 11/53 S. 5). Der Beurteilung durch Dr. K.____ vom 22. Januar 2005, wonach der Beschwerdeführer an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma leide, könne nicht gefolgt werden, da ihrer Beurteilung eine klare Würdigung der gesamten Anamnese und eine fundierte Darstellung der differentialdiagnostischen Überlegungen fehlten. Eine eindeutige depressive Episode bestehe nicht. Es sei allerdings differentialdiagnostisch das Vorliegen einer Dysthymie zu berücksichtigen (Urk. 11/53 S. 6).

3.14. Dr. med. M.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Gutachten vom 23. Dezember 2005, dass das beim Beschwerdeführer bestehende Beschwerde-Syndrom phänomenologisch unspezifisch und ätiologisch mehrdeutig sei. Es beständen keine Hinweise auf ein früheres oder aktuelles Vorliegen einer invalidisierenden depressiven Störung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 11/66 S. 15). Die seit gut zwei Jahren bestehenden Beschwerden seien nicht im Sinne eines postkommotionellen Syndroms zu erklären. Das suboptimale Leistungsverhalten des Beschwerdeführers sowie seine Ablehnung rehabilitativer und psychotherapeutischer Massnahmen sprächen für das Vorliegen einer tendenziellen Unfallreaktion, welche lebensgeschichtlich als nachvollziehbare psychoreaktive Entwicklung verstanden werden könne (Urk. 11/66 S. 16). Der Verlauf, das Beschwerdebild und der aktuelle psychologische Befund sprächen für das Vorliegen einer psychologisch verstandlichen, aber durch den Unfall objektiv nicht verursachten tendenziellen Unfallreaktion mit Ausbildung eines unspezifischen neurasthenischen Beschwerdebildes. Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine depressive Störung von Krankheitswert beständen nicht. Von Bedeutung sei hingegen eine schon vor dem versicherten Unfall bestehende labile psychosoziale Situation (Urk. 11/66 S. 17). Der vorliegende psychopathologische Befund sowie sehr wahrscheinlich das gesamte geklagte Beschwerdebild seien nicht als Unfallfolgen, sondern als Resultat einer psychosozial schwierigen Emigrantensituation auf dem Boden einer vorbestehenden entsprechenden Persönlichkeitshaltung zu verstehen. Von einer psychiatrischen Behandlung sei keine Besserung zu erwarten (Urk. 11/66 S. 18). Beim Unfall handle es sich nicht um die Ursache, sondern nur um den unspezifischen Auslöser der heutigen Beschwerden, welche auf dem Hintergrund einer psychologisch zu verstehenden Reaktion auf eine kränkende Emigrantensituation zu verstehen seien (Urk. 11/66 S. 20). Vorbehaltlich der noch ausstehenden Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung beständen aus psychiatrischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/66 S. 19).

3.15. Prof. Dr. phil. N.____ führte im neuropsychologischen Gutachten des Spitals O.____, Neurologische Klinik und Poliklinik (nachfolgend: O.____), vom 16. Februar 2006 aus, dass die neuropsychologische Untersuchung ein leicht verlangsamtes Arbeitstempo bei normaler Auffassungsgabe ergeben habe. Der Hauptbefund sei die ungenügende Konzentration und Aufmerksamkeit, welche sich negativ auf viele leistungsorientierte Arbeiten auswirke. Das Gedächtnis sei quantitativ ungenügend. Sodann sei das konzeptuelle Umstellvermögen leicht ungenügend. Die Befunde seien gut vereinbar mit einem Schmerzsyndrom (Urk. 11/107 S. 2).

3.16. Der Psychologe P.____ erwähnte in seinem Bericht vom 16. August 2006, dass er den Beschwerdeführer seit dem 27. Juni 2006 psychotherapeutisch behandle, und dass der Beschwerdeführer nach seinen Angaben seit dem Unfall vom 28. November 2003

unter einer leichten depressiven Episode und unter einer somatoformen Schmerzstörung leide (Urk. 11/101).

3.17 Die Ärzte des Spitals O.____ stellten in ihrem neurologischen Gutachten vom 14. August 2006 fest, dass in der neurologischen Untersuchung für die vom Beschwerdeführer geschilderten chronischen Schmerzen im Bereich des Nackens, des Kopfes und des linken Armes keine pathologischen Befunde, insbesondere keine fokale-neurologischen Ausfälle zu finden seien. In der zerebralen Computertomographie hätten sich keine Hinweise für intrakranielle Läsionen gezeigt. Ein topisches neuropsychologisches Ausfallmuster nach Schädel-Hirntrauma sei nicht zu erkennen. Die vorliegenden Befunde seien gut mit einem chronischen Schmerzsyndrom vereinbar (Urk. 11/102 S. 10). Die vom Beschwerdeführer geschilderten Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien seien organischer Genese und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 28. November 2003 zurückzuführen (Urk. 11/102 S. 11).

3.18 Die Ärzte des Q.____, Zentrum für Querschnittsgelähmte und Hirnverletzte, erwähnten in ihrem Bericht vom 26. Februar 2007, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 29. Januar bis 16. Februar 2007 hospitalisiert gewesen sei (Urk. 11/134 S. 1). Eine neuropsychologische Testung habe neben guten Leistungen vor allem Defizite im Bereich der Konzentration und Aufmerksamkeit ergeben. In der psychologischen Untersuchung hätten sich klare Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung gezeigt. Dafür würden insbesondere die vom Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses erlittene Todesangst sprechen (Urk. 11/134 S. 3). Es sei eine weitere psychiatrische Behandlung indiziert (Urk. 11/134 S. 4).

E. 4

4.1 Vorerst zu prüfen ist anhand der medizinischen Akten, ob organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen, bei denen sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 112 Erw. 2.1). Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9 Ingress S. 122, 117 V 359 E. 5d/aa S. 363; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen, U 479/05; Urteile des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, Erw. 8.2, vom 10. Juli 2008, 8C_614/2007, Erw. 4.3, vom 10. Juni 2008, 8C_452/2007, Erw. 2.2.2, vom 15. Mai 2008, 8C_37/2008, Erw. 3.2, vom 6. Dezember 2007, U 455/06, Erw. 4.1). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008, 8C_152/2007, Erw. 5.1 mit Hinweisen).

4.2 Aus den Akten ist ersichtlich, dass die den Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 28. November 2003 erstbehandelnden Ärzte des Spitals B.____ (Urk. 11/2) sowie Dr. C.____ eine Commotio cerebri diagnostizierten, jedoch keine Anhaltspunkte für ossäre Läsionen feststellten. Dr. F.____ ging davon aus, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalles vom 28. November 2003 ein Überdehnungstrauma der HWS und eine Commotio cerebri mit mehrminütiger Bewusstlosigkeit zugezogen habe (Urk. 11/22). Dr. G.____ und H.____ stellten im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 28. Mai 2004 eine leichte traumatische Hirnverletzung fest (Urk. 11/28 S. 3). Eine leichte traumatische

Hirnverletzung stellte auch Prof. I. ___ im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Juni 2004 fest (Urk. 11/30 S. 2). Demgegenüber stellten die Ärzte des Spitals O. ___ am 14. August 2006 fest, dass für die vom Beschwerdeführer geschilderten chronischen Schmerzen im Bereich des Nackens, des Kopfes und des linken Armes keine pathologischen Befunde, insbesondere keine fokale-neurologischen Auffälligkeiten bestanden, und dass eine zerebrale Computertomographie keine Hinweise für intrakranielle Läsionen gezeigt habe, weshalb ein topisches neuropsychologisches Ausfallmuster nach Schädel-Hirntrauma nicht zu erkennen sei (Urk. 11/102 S. 10).

4.3 Gegenüber der Stadtpolizei Z. ___ sagte der Beschwerdeführer aus, dass er anlässlich des Unfalls vom 28. November 2003 durch die Luft geflogen und anschliessend auf seine linke Gesichts-, Bauch- und Brustseite gefallen sei. Eine Bewusstlosigkeit erwähnte der Beschwerdeführer nicht (Urk. 11/9/13). Eine Bewusstlosigkeit wurde erstmals im Bericht von Dr. F. ___ vom 19. April 2004 betreffend die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 15. April 2004 erwähnt (Urk. 11/22 S. 1).

Diesbezüglich ist praxisgemäss indes auf die Aussagen der ersten Stunde abzustellen, da diesen in beweisrechtlicher Hinsicht in der Regel grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 1a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis). Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 28. November 2003 keine kurze Bewusstlosigkeit erlitten hat. Es ist vorliegend daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 28. November 2003 seinen Kopf ansties und sich dabei ein Schädel-Hirn-Trauma im Sinne einer Commotio cerebri (Synonym: leichte traumatische Hirnverletzung oder mild traumatic brain injury; vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen W. vom 1. September 2009, 8C_355/2009, Erw. 3.3.1.3) zuzog.

Da die durchgeführten neurologischen und computertomographischen Untersuchungen jedoch keine Hinweise auf eine organisch fassbare Schädigung als Folge des Unfalls vom 28. November 2003 ergaben, ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich bei den Verletzungen, welche sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 28. November 2003 zuzog, nur um eine vorübergehende Störung des Hirngewebes und nicht um eine dauernde unfallbedingte Hirnschädigung handelte. Das Vorliegen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen ist daher zu verneinen.

Liegt keine organisch objektivierbare Unfallfolge vor, schliesst das zwar die natürliche Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden nicht aus. Anders als bei einem klaren unfallbedingten organischen Korrelat kann der adäquate Kausalzusammenhang aber nicht ohne besondere Prüfung bejaht werden (vgl. Erw. 4.1 hievore). Ergibt sich hierbei, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 3c, U 183/93; Urteile des Bundesgerichts vom 23. September 2009, 8C_396/2009, Erw. 4.2 und vom 14. April 2008, 8C_42/2007, Erw. 2 mit Hinweisen).

In psychischer Hinsicht ist den medizinischen Akten zu entnehmen, dass Dr. C. ___ erstmals am 20. Februar 2004 eine im Vordergrund stehende posttraumatische

Verarbeitungsstörung erwähnte (Urk. 11/13). Dr. E. ___ ging am 30. März 2004 davon aus, dass der Beschwerdeführer psychosozial schwer gekränkt sei und an einer schweren Depression leide. Sodann beständen Anhaltspunkte für ein leichtes posttraumatisches und postcommotionellen POS (Urk. 11/20). Demgegenüber verneinte Dr. J. ___ am 9. Juni 2004 das Vorliegen einer depressiven Störung und stellte fest, dass es sich bei der bestehenden leichten psychotraumatologischen Restsymptomatik nicht um eine eigentliche psychische Störung handle (Urk. 11/29 S. 1). Dr. K. ___ stellte sodann ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma fest und verneinte eine depressive Symptomatik (Urk. 11/50 S. 4). Dr. L. ___ ging davon aus, dass die Frage nach dem Vorliegen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma nicht eindeutig geklärt werden könne, da unklar sei, ob der Beschwerdeführer nach dem Unfall während einer kurzen Zeit bewusstlos gewesen sei (Urk. 11/53 S. 6). Während Dr. M. ___ das Vorliegen einer depressiven Störung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 11/66 S. 15) verneinte und von einer tendenziösen Unfallreaktion mit Ausbildung eines unspezifischen neurasthenischen Beschwerdebildes ausging (Urk. 11/66 S. 17), gingen die Ärzte des Q. ___ davon aus, dass klare Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung beständen (Urk. 11/134 S. 3).

4.6 Vorliegend beurteilten die beteiligten Ärzte die Frage, ob der Beschwerdeführer an einer unfallbedingten psychischen Gesundheitsschädigung von Krankheitswert leide, unterschiedlich. Die Frage, ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schädel-Hirntraumas gehörenden Beeinträchtigungen gegenüber einer bereits kurze Zeit nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störung eindeutig in den Hintergrund getreten sind und im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, kann indes offen gelassen werden, wenn die Adäquanzbeurteilung selbst nach den für Schleudertraumen, schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS oder Schädel-Hirntraumen (BGE 134 V 109) geltenden Regeln zu verneinen wäre (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a S. 99; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437, U 164/01). Denn im Gegensatz zu den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet.

E. 5

5.1 Die Adäquanzprüfung ist grundsätzlich zu dem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem keine behandlungsbedürftigen organischen Unfallfolgen mehr vorliegen. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) haben die psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung keine Auswirkung, weshalb die Adäquanzprüfung zu dem Zeitpunkt vorzunehmen ist, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 116 Erw. 6.1; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, Erw. 3.1, U 98/06). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu

erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss, und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 115 Erw. 4.3; Urteile des EVG vom 20. Mai 2005, U 244/04, Erw. 2 und vom 5. Juli 2001, U 412/00, Erw. 2a).

5.2. Gemäss der nachvollziehbaren Beurteilung durch die Ärzte des Spitals O. vom 14. August 2006 bestehen für die vom Beschwerdeführer geschilderten chronischen Schmerzen im Bereich des Nackens, des Kopfes und des linken Armes keine pathologischen Befunde (Urk. 11/102 S. 10). Es ist daher bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung des Beschwerdeführers durch die Ärzte des Spitals O. von einer fehlenden unfallbedingten Organizität der Beschwerden auszugehen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung der Adäquanz bei Erlass der leistungsverneinenden Verfügung vom 12. September 2007 vornahm (Urk. 11/141).

E. 6

6.1. Zu prüfen ist im Hinblick auf die Adäquanzfrage die objektive Schwere des Unfallereignisses vom 28. November 2003.

6.2. Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 115 V 139 Erw. 6a einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt. Leichte Unfälle wurden auch angenommen bei einem Treppensturz auf das Gesicht mit initial einem Verdacht auf Handgelenksbruch und später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil des EVG in Sachen S. vom 19. Dezember 2001, U 91/01), bei einem Ausgleiten beim Tragen einer Motorsäge auf abschüssigem Gelände im Wald (Urteil des EVG in Sachen S. vom 7. April 2005, U 221/04), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil des EVG in Sachen E. vom 25. Februar 2003, U 78/02), bei einem Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch (Urteil des EVG in Sachen R. vom 2. Dezember 2002, U 145/02), bei einem Sturz beim Hinuntersteigen von einer Baumaschine (Urteil des EVG in Sachen M. vom 17. Oktober 2000, U 18/00) sowie bei einem Schlag eines 600 Kilogramm schweren Betonblocks an den rechten Oberarm während Betonfräsarbeiten (Urteil des EVG in Sachen S. vom 15. Oktober 2001, U 5/01 + U 7/01).

6.3. Mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurden angenommen, bei einem schweren Sturz auf den Rücken (BGE 123 V 141 Erw. 3d), bei einem Ausgleiten beim Hinuntersteigen von einer Böschung mit anschliessendem heftigem Aufschlagen mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden (BGE 115 V 144 Erw. 11a-b), bei einem Sturz von einem 1,2 Meter hohen Gerüst mit einer Calcaneusfraktur (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449), bei einem Sturz in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies und beim Sturz auf einer schneeglatten Unterlage mit Läsion der Supraspinatussehne an der linken Schulter (Urteil des EVG in Sachen D. vom 5. August 2003, U 232/02) sowie beim Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil des EVG in Sachen P. vom 15. November 2004, U 173/03).

6.4. Auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs, insbesondere der nur geringfügigen somatischen Verletzungen im Sinne einer Commotio cerebri, einer Schürfung über dem linken Jochbogen und einer Rippenkontusion (Urk. 11/2), welche sich der Beschwerdeführer dabei zuzog, ist das Unfallereignis vom 28. November 2003 den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen. Bei solchen Unfällen ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs praxisgemäss zu

bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft und auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 367 Erw. 6a, 115 V 141 Erw. 6c/bb).

E. 7

7.1 **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Besonders dramatische Umstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind zu verneinen. Denn beim Unfall vom 28. November 2003, bei welchem der Beschwerdeführer als Fussgänger von einem Motorfahrzeug angefahren wurde, handelte es sich - objektiv betrachtet - nicht um ein Ereignis von besonderer Eindrücklichkeit oder um ein solches, welches sich unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignete.

7.2 **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Ebenfalls nicht erfüllt ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Denn die Diagnose einer HWS-Distorsion oder eines Schädelhirntraumas (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2; SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, Erw. 5.3, U 339/06; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, Erw. 5.2.3, U 380/04 mit Hinweisen). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädelhirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer zog sich anlässlich des versicherten Unfallereignisses neben der Commotio cerebri indes lediglich Verletzungen von vergleichsweise geringem Grad zu, wie Schürfung über dem Jochbogen links und eine Kontusion der 5. linken Rippe, weshalb das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen nicht erfüllt ist.

7.3 **Ä Ä Ä Ä** Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung. Denn die organischen Unfallfolgen heilten ohne besondere Behandlung vergleichsweise schnell aus. Sodann gilt es zu beachten, dass eine Physio- sowie eine medikamentöse Schmerztherapie das Kriterium für sich allein nicht erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008, 8C_52/2008, Erw. 8.2). Was die Behandlung der psychisch bedingten Leiden betrifft, so geht aus den medizinischen Akten hervor, dass der Beschwerdeführer während einer längeren Zeit rehabilitative und psychotherapeutische Massnahmen ablehnte (Urk. 11/66 S. 16) und sich erst in der Zeit ab dem 27. Juni 2006 im Umfang von fünf Sitzungen einer psychotherapeutischen Behandlung durch den Psychologen P. unterzog (Urk. 11/101). Dies genügt indes nicht für die Erfüllung des Kriteriums.

7.4 **Ä Ä Ä Ä** Zu bejahen ist indes das Kriterium der erheblichen Dauerbeschwerden, welches sich nach den glaubhaften Schmerzen und den Beeinträchtigungen im Lebensalltag beurteilt. Denn es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis ohne wesentlichen Unterbruch unter glaubhaften und erheblichen Beschwerden im Bereich des Kopfes und des Nackens litt. Das Kriterium der erheblichen

Dauerbeschwerden liegt jedoch nicht in ausgeprägter Weise vor. Denn der Beschwerdeführer hätte gemäss der Beurteilung der Ärzte des Spitals O.____ während sechs bis sieben Stunden im Tag sitzende Tätigkeiten, die keine vermehrte Rotation des Rumpfes und des Kopfes erforderten, ausüben (Urk. 11/102 S. 12; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, Erw. 9.4).

7.5 Nicht erfüllt sind hingegen die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung sowie des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen. Denn aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden - welche eigene Kriterien darstellen - darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden; vielmehr bedarf es dazu besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, Erw. 9.6.1).

7.6 Schliesslich ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Bemühungen zu verneinen. Denn massgebend ist nicht alleine die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss der Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen (BGE 134 V 129 f. Erw. 10.2.7 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer ist gemäss der Beurteilung der Ärzte des O.____ im Umfang von 20 % bis 30 % arbeitsunfähig (Urk. 11/102 S. 10). Hinweise auf durchgeführte ernsthafte Arbeitsversuche und weitere Bemühungen um eine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt lassen sich den Akten indes nicht entnehmen.

8. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

8.1 Nach dem Gesagten ist lediglich ein Kriterium erfüllt. Somit liegen die massgebenden Kriterien weder gehäuft vor, noch ist eines davon in ausgeprägter Weise gegeben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, Erw. 8, und vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, Erw. 9.8), weshalb die Adäquanz zu verneinen ist. Da die Adäquanz selbst bei Anwendung der Rechtsprechung zur Beurteilung der Adäquanz von nicht organischen Folgen von Schleudertraumen, schleudertraumähnlichen Verletzungen der HWS oder Schädel-Hirntraumen (BGE 134 V 109) zu verneinen ist, kann die Frage, ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schädel-Hirntraumas gehörenden Beeinträchtigungen gegenüber einer bereits kurze Zeit nach dem Unfall aufgetretenen psychischen Störung eindeutig in den Hintergrund getreten sind und im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, offen gelassen werden (vgl. vorstehende Erw. 4.6).

8.2 Entgegen den diesbezüglichen Vorbringen (Urk. 1 S. 2) des Beschwerdeführers ist daher von ergänzenden Beweismassnahmen und insbesondere von der Anordnung einer weiteren psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers oder der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme einer solchen abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162

Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

9. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Februar 2008 den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfall vom 28. November 2003 und den organisch nicht objektivierbaren Folgen dieses Ereignisses (unter Einschluss aller psychischer Unfallfolgen) verneinte (Urk. 2 S. 8) und die Versicherungsleistungen auf den 16. September 2007 einstellte (vgl. Urk. 11/141).

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

10. Ausgangsgemäss ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Fährsprecher Frank Goecke, Zürich, nach Einsicht in die Honorarnote vom 18. November 2009 (Urk. 14) mit Fr. 1'960.80 (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Die Akten werden nach Eintritt der Rechtskraft an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zur Prüfung des Gesuchs des Beschwerdeführers vom 11. März 2008 um unentgeltliche Rechtsvertretung im Einspracheverfahren und zum Erlass einer Verfügung überwiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Fährsprecher Frank Goecke, Zürich, wird mit Fr. 1'960.80 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fährsprecher Frank Goecke
- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.