

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00214 vom 30. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00214

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00214 du 30 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00214 del 30 novembre 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

2.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weitern durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 44 Erw. 2c).

2.3 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 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.4. Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzung der HWS, einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung und Schädelhirntrauma. Ist ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

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 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.6. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

2.7. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.8. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- 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 (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.9. 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).

Diese sog. Schleudertrauma-Praxis wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 19. Februar 2008 (BGE 134 V 109) bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden präzisiert. Unter anderem wurden die Kriterien, welche zur Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen (vgl. dazu insbesondere SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, Erw. 5.3.1 [U 2/07]) dienen, neu gefasst.

2.10. Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b festgelegten Kriterien. Gleiches gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind. Schliesslich ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nur dann im Sinne von BGE 123 V 99 Erw. 2a unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist. Wird die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 2. März 2006 in Sachen S., U 436/05, Erw. 2 mit Hinweisen).

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bei mehreren Unfällen, welche im Sinne der natürlichen Kausalität zu einer psychischen Fehlentwicklung geführt haben, ist grundsätzlich für jedes Ereignis gesondert zu beurteilen (RKUV 1996 Nr. U 248 S. 177 Erw. 4b; SVR 2003 UV Nr. 12 S. 36 Erw. 3.2.2). Gleiches gilt prinzipiell auch bei einer Mehrzahl von Unfällen mit Schleudertrauma der HWS oder gleichgestellter Verletzung (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen H. vom 14. Juni 2005, U 105/05, Erw. 2.2 mit Hinweisen).

2.11. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (sogenannte Psycho-Praxis, 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 ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, vom 20. Mai 2005, U 244/04, Erw. 2 und vom 5. Juli 2001, U 412/00, Erw. 2a).

E. 3

3.1 Zunächst ist zu prüfen, ob der angefochtene Entscheid an verfahrens- oder andern formellrechtlichen Mängeln leidet, die allein schon dessen Aufhebung rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines - allfälligen - Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437, 126 I 68, 126 V 130 E. 2b S. 132, je mit Hinweisen). Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs nach dem Grundsatz der Verfahrenseconomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem der Anhörung gleichgestellten Interesse an einer möglichst befriederlichen Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht zu vereinbaren ist (vgl. BGE 116 V 182 E. 3d S. 187). So hat auch eine Verletzung der für den Beizug von Sachverständigen geltenden Verfahrensregeln als geheilt zu gelten, wenn die versicherte Person sowohl während des Einsprache- als auch im anschliessenden Beschwerdeverfahren Gelegenheit hatte, entsprechende Einwendungen vorzubringen und es sich nicht um eine schwerwiegende Verletzung der gesetzlich garantierten Gehörs- und Mitwirkungsrechte handelte (vgl. BGE 120 V 357 E. 2b S. 362 mit Hinweisen). Dies gilt auch mit Blick auf Art. 44 ATSG.

Der Versicherte hat vor keiner Ärztlichen Untersuchung im Rahmen von Ärztlichen Berichterstattungen und Begutachtungen Einwendungen gegen die sachverständigen Personen erhoben, sondern lediglich teilweise deren materiellen Beurteilungen kritisiert. Ebenso unterliess er es, Ablehnungsgründe gegen die Dolmetscher vorzubringen. Sowohl im Einsprache- wie auch im Beschwerdeverfahren hatte er indessen die Möglichkeit, sich in formeller und materieller Hinsicht zu den medizinischen Unterlagen respektive zu den sie erstellenden und bei deren Entstehung mitwirkenden Personen zu äussern. Entsprechend sind keine derart schweren, nicht heilbaren respektive geheilten Verletzungen von Mitwirkungsrechten erkennbar, die es rechtfertigen würden, das A.____-Gutachten vom 29. August 2007 (Urk. 14/73) schon aus formellen Gründen aus dem Recht zu weisen oder gar den angefochtenen

Einspracheentscheid aus formell-rechtlichen Gründen gänzlich aufzuheben. Bezeichnenderweise zielen denn auch die Anträge des Beschwerdeführers auf eine materiell-rechtliche Beurteilung des Falles ab (Urk. 1 S 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In diesem Zusammenhang ist auch der Einwand zu prüfen, das A.____-Gutachten sei, wenn es vom Gericht als rechtens zustande gekommen eingestuft werde, deshalb nicht relevant, weil es als von der IV-Stelle eingeholtes Gutachten keine Auskunft über die UVG-relevante Adäquanz zwischen den beiden Ereignissen und der Arbeitsunfähigkeit erteile (Urk. 1 S. 15). Diese Rüge ist unbegründet, ist doch die Adäquanz des Kausalzusammenhanges allein aufgrund von rechtlichen Kriterien zu prüfen, nicht aufgrund von medizinischen Fragen, zu denen das A.____-Gutachten allein Auskunft geben konnte und auch gegeben hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann wird nicht vorgebracht, inwiefern es nötig gewesen wäre, sämtliche IV-Akten sowie Strafakten beizuziehen, um den sich im vorliegenden Fall stellenden Fragen gerecht zu werden. Die Beschwerdegegnerin hat sich denn auch in ihren Akten ausreichend dokumentiert und insbesondere die polizeilichen Unterlagen (Urk. 14/5) sowie die wesentlichen IV-Akten (Urk. 95/1) in dem Umfang beigezogen, dass eine sachgerechte Beurteilung möglich war. Somit ist im Folgenden die materiell-rechtliche Richtigkeit des angefochtenen Einspracheentscheides zu überprüfen.

3.2 Ä Ä Ä Ä Einen Monat nach dem Vorfall vom 16. Oktober 2004 diagnostizierte der damalige Hausarzt Dr. med. B.____ vom C.____, Facharzt für Innere Medizin, im Bericht vom 19. November 2004 unter anderem eine posttraumatische Belastungsstörung. Weiter berichtete er über eine zögerliche Verbesserung des Befindens unter der delegierten Psychotherapie bei Frau D.____ (Urk. 14/6). Die Psychotherapeutin D.____, Dipl.-Psychologin FSP, bestätigte im Bericht vom 28. Dezember 2004 diese Diagnose (ICD-10 F43.1) und führte aus, der Beschwerdeführer sei in einem Zustand schwerster Niedergeschlagenheit zu ihr gekommen. Er habe unter dem Gefühl des Betäubtseins, unter Freudlosigkeit, totalem Interessenverlust Menschen wie Dingen gegenüber, Alpträumen, Flashbacks, starken Kopfschmerzen, extremen Konzentrationsstörungen, Angstgefühlen, starker Unruhe und Anspannung bei gleichzeitig motorischer Verlangsamung gelitten. Eine zusätzliche Schwierigkeit habe die Kündigung durch den Arbeitgeber und die damit verbundene Kränkung dargestellt. Im Verlauf der Therapie sei es zu deutlichen Verbesserungen seines Befindens gekommen. Der Zustand sei jedoch noch nicht stabil. Bei positivem Verlauf werde der Beschwerdeführer etwa Mitte bis Ende Januar 2005 wieder arbeitsfähig sein (Urk. 14/12). In der Folge leitete der Hausarzt eine antidepressive Therapie mit Seropram ein (Urk. 14/19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 22. März 2005 änderte Dr. med. E.____ vom C.____, die Diagnosen auf ein cervicocephales Syndrom mit anhaltendem rezidivierendem Schwindel und Tinnitus bei Status nach Commotio cerebri mit Halskontusion und Hämatotympanon links am 16. Oktober 2004, Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule im März 2001 sowie reaktive mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Die Ärztin, welche die hausärztliche Betreuung des Beschwerdeführers am 3. März 2005 übernommen hatte, führte weiter aus, neben Psychotherapie und pharmakologischer Therapie werde der weiterhin arbeitsfähige Beschwerdeführer physiotherapeutisch behandelt (Urk. 14/22). Die Psychologin D.____ hingegen äusserte im Bericht vom 23. Mai 2005 nebst der posttraumatischen Belastungsstörung einen Verdacht auf reaktive mittelgradige depressive Episode mit

somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Die Prognose schätzte sie weiterhin als gut ein (Urk. 14/35/12).

3.3 Seit 5. Juli 2005 befindet sich der Beschwerdeführer in hausärztlicher Betreuung bei Dr. med. F. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin. Im Bericht vom 8. März 2006 an die Beschwerdegegnerin diagnostizierte dieser ein posttraumatisches Belastungssyndrom mit schwerer Depression und somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. Oktober 2004. Er bezeichnete den Gesundheitszustand zwar als besserungsfähig, stellte jedoch eine ungünstige Prognose betreffend eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (Urk. 14/95/1/5).

3.4 Im fachpsychiatrischen Attest vom 21. März 2005 ging Dr. med. Dr. phil. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit von 70-80 % aufgrund einer mittelschweren bis schweren depressiven Anpassungsstörung mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen aus (Urk. 14/43).

Im Mai 2005 übernahm Dr. G. ____, die ambulant-psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers. Im Bericht vom 1. Juli 2006 attestierte er aufgrund der Diagnose einer vormals mittelschweren bis schweren gemischten Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen empfahl er eine medizinische Begutachtung (Urk. 14/95/1/6).

3.5 Anlässlich der von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen neuropsychologischen Abklärung klagte der Beschwerdeführer laut Bericht der Neuropsychologin und Psychologin FSP H. ____, vom 23. März 2006 über sehr starke, alle drei Tage auftretende Kopfschmerzen. Daneben bestanden ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Im Übrigen habe er keine körperlichen Beschwerden. Die Neuropsychologin kam zum Schluss, dass es sich beim Vorfall vom 16. Oktober 2004 zweifelsohne um ein traumatisches Ergebnis gehandelt habe, mit welchem der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur sowie wahrscheinlich auch aufgrund seines kulturellen Hintergrundes nicht umzugehen und welches er nicht zu verarbeiten vermocht habe. Sein ganzes Denken sei auf den Vorfall und seine Opferrolle fixiert und es sei nicht möglich, an ihn heranzukommen. Der Beschwerdeführer scheine sich in einen Zustand exzessivster Niedergeschlagenheit und Angst hineingesteigert zu haben, wobei sich in der Untersuchungssituation Hinweise auf eine Aggravation ergeben hätten. Dies möge darauf zurückzuführen sein, dass er habe sicher sein wollen, in seinem Leiden ernst genommen zu werden. Die geklagten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten dürften hingegen glaubhaft vorhanden sein. Die Ursachen dafür seien im psychischen Befinden zu suchen und nicht in der erlittenen Commotio cerebri, da eine solche zu keinen langfristigen Hirnleistungsstörungen führe. Mit einer Besserung im Befinden gehe generell auch eine Besserung in den kognitiven Funktionen einher. Es dürfte sich allerdings als schwierig erweisen, eine Besserung im Zustand des Beschwerdeführers herbeizuführen (Urk. 14/45).

3.6 Auf Veranlassung der Hausärztin Dr. E. ____, wurden die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen am 24. Mai 2005 in der Kopfwehsprechstunde des Spitals I. ____, untersucht. Laut dem Bericht vom gleichen Tag

kamen die abklärenden Ärzte zum Schluss, dass Anamnese und Klinik primär für einen mittlerweile chronifizierten Spannungskopfschmerz mit intermittierenden migräiformen Exacerbationen und einem cervicocephalen Schmerzsyndrom sprechen. Weiterhin wurde von einer aggravierenden funktionellen Komponente bei deutlicher depressiver Symptomatik ausgegangen werden. Therapeutisch empfahlen die berichtenden Ärzte den Ausbau der antidepressiven Behandlung mit einem aktivierenden stimmungsmulierenden und schmerzdistanzierenden Medikament sowie eine hochdosierte Magnesiumtherapie und warnten vor einem Akutmedikation-Missbrauch bei Gefahr der Entstehung analgetika-induzierter Kopfschmerzen. Abschliessend unterstutzen sie eine psychiatrische Abklärung und allenfalls supportive Therapie sowie eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Letztere erachteten sie aus neurologischer Sicht angesichts der chronischen Schmerzproblematik als leicht bis mittelgradig (maximal 50 %) eingeschränkt (Urk. 14/56).

Im Dezember 2007 wurde der Beschwerdeführer - diesmal auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin - erneut im Spital I. ___ untersucht. Im Gutachten vom 10. Januar 2007 wurden die bereits mehrmals gestellten Diagnosen wiederholt (Urk. 14/61 S. 7):

Status nach tätlicher Auseinandersetzung mit Arbeitskollegen (mit/ohne Messer) am 16. Oktober 2004 mit/bei

- Commotio cerebri mit Bewusstseinsverlust und Amnesie möglich
- Contusio colli und oberflächliche Schnittwunde temporal links
- Hämatotympanon bei Trommelfellperforation links mit residueller leichtgradiger Schalleitungsschwerhörigkeit links
- posttraumatische Belastungsstörung mit reaktiver Depression, Flashbacks, Ein- und Durchschlafstörungen, Somatisation, Vermeidungsverhalten und Vereinsamung bei psychomotorischer Verlangsamung und Minderleistungen
- chronifizierten Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräiformen Exacerbationen, am ehesten im Sinne von analgetika-induzierten Kopfschmerzen

Status nach HWS-Distorsionstrauma am 10. März 2001 mit cervicocephalem Schmerzsyndrom, zwischenzeitlich vollständig regredient

Weiter führten die Gutachter aus, aus neurologischer Sicht bestanden chronifizierte Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräiformen Exacerbationen, die aufgrund eines wahrscheinlichen Missbrauchs von Schmerzmitteln auch analgetika-induzierten Kopfschmerzen entsprechen könnten. Klinisch-neurologisch bestehe eine residuelle leichtgradige Schalleitungsschwerhörigkeit links mit einem konstanten, nicht-pulsatilen Tinnitus nach traumatischer Trommelfellperforation durch Faustschlag gegen das Ohr. Das neuropsychologische Profil mit psychomotorischer Verlangsamung und Minderleistungen sei unspezifisch und auf psychoreaktive sowie soziokulturelle und ausbildungsbedingte Faktoren zurückzuführen. Im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung durch Frau H. ___ vom 22. März 2006 bestehe eine klare Befundbesserung, was primär auf eine psychiatrische Komponente hinweisen könne. Im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung bestehe eine reaktive Depression, die ebenfalls die psychodynamisch ungünstige Entwicklung und die Somatisation mit ausgeprägter Aggravation erklären könnte. Hingegen habe sich die

Symptomatik der im März 2001 erlittenen HWS-Distorsion schon nach einer kurzen Zeit von zwei bis drei Monaten vollständig zurückgebildet und Residuen seien auch auf gezieltes Befragen vom Beschwerdeführer mehrmals ausdrücklich verneint worden. Ebenfalls fanden sich keine Hinweise in der medizinischen Vorgeschichte, dass vor dem Vorfall vom Oktober 2004 noch solche bestanden hätten. Aus diesen Gründen fanden die Gutachter keine Argumente für eine "Reaktivierung" dieser Beschwerden infolge der tatsächlichen Auseinandersetzung vom Oktober 2004 (Urk. 14/61 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der chronifizierten Kopfschmerzen allenfalls eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10-20 %, wobei bisher die vorgeschlagene Basisbehandlung nicht konsequent durchgeführt worden sei, zum Teil auch bei nicht optimaler Compliance. Der Leidensdruck sei auch sehr schwierig einzuschätzen, da Hinweise auf eine Aggravation beständen. Bezüglich der residuellen leichtgradigen Schalleitungsschwäche links bestehe aus ORL-fachärztlicher Sicht keine Indikation für besondere Therapiemassnahmen und ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das neuropsychologische Profil sei primär auf die psychoreaktiven Faktoren zurückzuführen und müsste im Rahmen einer psychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit evaluiert werden (Urk. 14/61 S. 8).

3.7 Ä Ä Ä Ä Der Kreisarzt Dr. med. J. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer im März 2007. In seiner ärztlichen Beurteilung vom 15. August 2007 führte er aus, es sei fraglich, ob die tatsächliche Auseinandersetzung vom Oktober 2004 angesichts der ersten medizinischen Befunde und der polizeilichen Ermittlungen das vom ICD-10 vorgegebene Kriterium der aussergewöhnlichen Bedrohung für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erfülle (Urk. 14/68 S. 6). Die vorgefundenen Befunde liessen sich nicht einheitlich im Rahmen der üblichen Klassifikation einordnen. Wohl zeige sich ein depressives Zustandsbild, welches durch eine anhaltend herabgesetzte Grundstimmung, durch einen geschilderten Vitalitätsverlust und durch die ausgeprägte Hilflosigkeit der persönlichen Not gegenüber und die Passivität in der Bewältigung der alltäglichen Bedürftigkeit geprägt werde. Ob diese depressive Symptomatik im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), oder im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) oder unter Berücksichtigung der nicht ganzlich geklärten somatischen Symptome im Rahmen einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) eingeordnet werden könne, lasse sich anhand der vorliegenden Befunde nicht mit Sicherheit festlegen. Ebenso liessen sich aus psychiatrischer Sicht die beklagten kognitiven Beeinträchtigungen und die in den Akten erwähnte Tendenz der Aggravation nicht einer eindeutigen Diagnose zuordnen (Urk. 14/68 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung äusserte der Kreisarzt die Vermutung, dass es bei einem Wiedereinstieg des Beschwerdeführers in seiner derzeitigen gesundheitlichen Verfassung zu einer akzentuierten Verschlimmerung und Symptomausbreitung kommen könnte, was auch der Arbeitsumgebung nicht zumutbar wäre. Eine reaktive Intensivierung der depressiven Symptomatik wäre dann die unausweichliche Folge. Abschliessend empfahl er, einer adäquaten, konsequenten und intensiven fachärztlichen Behandlung den Vorrang zu geben und die Frage der Arbeitsfähigkeit nach den ersten gesundheitlichen Fortschritten erneut zu evaluieren (Urk. 14/68 S. 7 f.).

3.8. Im A. ___-Gutachten vom 29. August 2007 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 14/73 S. 16):

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)

2. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

3. Cervicocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)

- mit anamnestisch Ein- und Durchschlafstörungen, Schwindelgefühl und Konzentrationsstörungen als Begleitsymptomatiken

4. Status nach Commotio cerebri, Hämatotympanon links und Halskontusion am 16. Oktober 2004 (ICD-10 S06.0)

5. Medikamenten-Malcompliance (ICD-10 Z91.1)

6. Fortgesetzter Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1)

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer beklage verschiedene Beschwerden im Kopf- und Nackenbereich. Die Befunderhebung in der neurologischen Untersuchung sei allerdings sehr gering gewesen. Es hätten verschiedene demonstrative Tendenzen im Rahmen der Untersuchung festgestellt und diverse Inkonsistenzen nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer weise auch eine erhebliche Verschielung beider Hände auf, was entgegen der subjektiv angegebenen Belastungsintoleranz stehe. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit resultiere, dass körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar seien. Aufgrund der langjährigen Dekonditionierung vom Erwerbsleben seien körperlich schwer belastende Tätigkeiten nicht zumutbar, was allerdings durch Rekonditionierung behoben werden könnte (Urk. 14/73 S. 17).

Aus internistischer, anderweitiger somatischer und psychiatrischer Sicht hätten keine weiteren Befunde erhoben oder Diagnosen gestellt werden können, welche die Arbeitsfähigkeit tangierten. Aus psychiatrischer Sicht stehe bei somatisch nicht erklärbaren Beschwerden und Schmerzen die Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund. Diagnostisch könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (mangels lang anhaltender psychosozialer oder emotionaler Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der tatsächlichen Auseinandersetzung [Urk. 14/73 S. 12]) nach ICD-10 nicht gestellt werden. Auch liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor (mangels eines Ereignisses katastrophalen Ausmasses [Urk. 14/73 S. 12]). Es beständen nur sehr geringgradige affektive Einschränkungen im Sinne einer leichten depressiven Episode. Der Beschwerdeführer sei allerdings entgegen seinen Angaben der Medikamenteneinnahme unbehandelt. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer keine relevante Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden könne. Jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten seien ihm uneingeschränkt zu 100 % zumutbar (Urk. 14/73 S. 17).

Hinsichtlich der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, arbeitsunfähig zu sein, wiesen die Gutachter auf verschiedene anlässlich der Untersuchungen festgestellten Inkonsistenzen hin, die sie an der Glaubhaftigkeit seiner Angaben zweifeln liessen: Handbeschielung, gemäss Serumspiegeluntersuchung keine Einnahme von Antidepressiva, Inkonsistenzen in der somatischen Untersuchung und in der psychiatrischen Anamneseerhebung, so der häufige Kontakt zu Kollegen und

Verwandten, die Angaben zu seinen beiden Ehen und der mangels einer Einkommensquelle zur Zeit nicht realisierbare Wunsch, zu seiner Familie in die Heimat zurückzukehren (Urk. 14/73 S. 12 f.). Aus diesem Grund schätzten die Gutachter, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht die Willensanstrengung, jegliche Erwerbstätigkeiten ohne Einschränkung auszuüben, zweifellos zumutbar sei (Urk. 14/73 S. 17). Weder von medizinischen noch von beruflichen Massnahmen erwarteten sie eine Veränderung der Situation (Urk. 14/73 S. 18)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. G.____ führten die Gutachter aus, dass sich dieser mit der von der attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit divergierenden Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers nicht auseinander gesetzt habe, obwohl er selber offensichtlich krankheitsfremde Gründe angenommen habe (Urk. 14/73 S. 17).

3.9 Ä Ä Ä Ä Im Konsiliarbericht vom 25. Februar 2008 führten Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der behandelnde Psychiater Dr. G.____ aus, das Beschwerdebild entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei störungsspezifischer "posttraumatischer" Entwicklung im Sinne einer prä-morbiden Problematik. Der Beschwerdeführer befinde sich seit Juli 2003 mit mehreren Therapeutenwechseln, aktuell in eher niederfrequenter fachpsychiatrischer, psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung. Subjektiv beklage er Angst, Müdigkeit, Perspektivlosigkeit, Insuffizienzgefühle, Vitalitätsstörungen im Sinne eines depressiven somatischen Syndroms und Erschöpfbarkeit.

Klinisch-psychopathologisch sei objektiv eine mittelgradige psychisch-affektive Beeinträchtigung feststellbar. Abschliessend attestierten sie ihm eine 60-70%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen und empfahlen eine stationäre fachärztliche Behandlung (Urk. 14/84).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Es ist erstellt und unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 10. März 2001 ein Distorsionstrauma der HWS und am 16. Oktober 2004 eine Commotio cerebri erlitten hat. Damit sind sowohl eine schleudertraumaähnliche Verletzung der HWS als auch ein Schädelhirntrauma ausgewiesen. Die im Nachgang zu diesen beiden Unfällen aufgetretenen, organisch nachweisbaren Beschwerden bildeten sich bis Ende Juli 2005 mehrheitlich zurück (vgl. Urk. 15/6; Urk. 14/21, Urk. 14/34). Verblieben sind bis Ende Juli 2005 Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie eine depressive Symptomatik. Diesbezüglich verneinten die Ärzte des Universitätsspitals Zürich einen Zusammenhang zwischen diesen, erst nach dem Vorfall vom 16. Oktober 2004 aufgetretenen Beschwerden und dem Verkehrsunfall vom 10. März 2001 (Urk. 14/61 S. 8). Zu prüfen ist zunächst, ob die Adäquanzprüfung nicht zu früh erfolgt ist.

4.2 Ä Ä Ä Ä Die von den berichtenden Ärzten gestellten Prognosen lassen von einer Weiterführung der Heilbehandlung (Physiotherapie, Psychotherapie, analgetische und psychopharmakologische Therapie; Urk. 14/22) keine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwarten (Dr. E.____, Urk. 14/22; Dr. F.____, Urk. 14/95/1/5; Frau H.____, Urk. 14/45; Spital I.____, Urk. 14/61; A.____, Urk. 14/73). Verschiedentlich fielen Hinweise auf vorhandene Aggravationstendenz, Malcompliance und Inkonsistenzen (Frau H.____, Urk. 14/45; Spital I.____, Urk. 14/56 und Urk. 14/61; A.____, Urk. 14/73; Dr.

G.____, Urk. 14/84), was die ungünstige Prognose untermauert. Dementsprechend wechselte der Beschwerdeführer im Mai 2005 von der wahren Psychotherapie bei der Psychologin D.____ (Urk. 14/35) zur niederfrequenten Therapie beim Psychiater G.____ mit monatlichen Konsultationen von jeweils 30 Minuten (Urk. 14/84, Urk. 14/95/1/6, Urk. 14/68 S. 4). Daneben konsultiert er alle drei Wochen seinen Hausarzt zum Bezug von Analgetika gegen die Kopfschmerzen (Urk. 14/73 S. 8, Urk. 14/68 S. 4, Urk. 14/61 S. 5). Von einer kontinuierlichen, zielgerichteten ärztlichen Behandlung kann unter diesen Umständen nicht mehr gesprochen werden, weshalb sich die Annahme vertreten lässt, der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess sei per Ende Juli 2005 abgeschlossen gewesen (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 16. März 2006 in Sachen Dr. S., U 228/05 Erw. 2.2). Die Beschwerdegegnerin nahm demzufolge die Adäquanzprüfung nicht vor.

4.3.4.4 Ob die Ende Juli 2005 noch bestehenden Beeinträchtigungen zum typischen Beschwerdebild des Schleudertraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung gehören, kann offengelassen werden, denn offensichtlich sind sie bereits wenige Monate nach dem Vorfall vom 16. Oktober 2004 im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund getreten. Demzufolge ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen.

4.4.4.4 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte das strittige Ereignis vom 16. Oktober 2004 als mittelschweren Unfall im mittleren Bereich (Urk. 14/28 S. 2), was vom Beschwerdeführer anerkannt wurde (Urk. 14/35 S. 8) und auch nicht zu beanstanden ist.

4.4.4.4.4 Für die Beurteilung der Eindringlichkeit des Ereignisses kann offen bleiben, wie sich die Schlägerei genau abgespielt hat, insbesondere wer den Streit ausgelöst hat und ob ein Messer zum Einsatz kam (vgl. Urk. 14/5). Denn das Bundesgericht verlangt für die Bejahung dieses Kriteriums besondere Umstände, welche sich negativ auf die psychische Verfassung des Opfers auswirken. Im Entscheid i.S. D.J. vom 28. August 2001 (U 9/00), publiziert in RKUV 2001 S. 350 ff., schloss das höchste Gericht namentlich aufgrund des Umstandes, dass der Angreifer zum Bekanntenkreis des Opfers gehörte, auf eine besondere Eindringlichkeit. Dies ist vorliegend der Fall, war doch der Widersacher ein Mitarbeiter des Beschwerdeführers.

4.4.4.4.4 Von den übrigen bundesgerichtlichen Kriterien ist - allenfalls abgesehen von den dauernden (Kopf-)Schmerzen - keines gegeben. So erscheinen die erlittenen Verletzungen nicht schwer oder von besonderer Art und heilten zeitgerecht ab. Sodann dauerte die ärztliche Behandlung - die organischen Schäden betreffend - nicht ungewöhnlich lang und kann auch nicht von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Die immer wiederkehrenden Abklärungen hatten ihren Ursprung in der psychischen Verfassung des Beschwerdeführers. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung oder einem schwierigen Heilverlauf (in somatischer Hinsicht) kann sodann nicht gesprochen werden. Schliesslich ergab sich wegen des Vorfalles keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit war bereits wenige Wochen nach dem Vorfall hauptsächlich psychisch bedingt (Urk. 14/6). Aus dem Anlasslich der verschiedenen medizinischen Abklärungen beobachteten Verhalten des Beschwerdeführers kann sodann nicht auf ein besonderes Interesse an seiner Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess geschlossen werden.

4.5 Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien höchstens zwei gegeben sind, wobei keines in besonders ausgeprägter Weise oder mehrere in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind. Demgemäss stehen die nach dem 31. Juli 2005 noch geklagten Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 16. Oktober 2004 und klarerweise auch nicht zu dem früheren Unfall vom 10. März 2001, weshalb sich die Leistungseinstellung als rechtens erweist und die Beschwerde abzuweisen ist.

5. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher, Zürich, ist unter Berücksichtigung ihrer Kostennote vom 13. November 2009 (Urk. 28) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die beantragte Entschädigung ist allerdings aus folgenden Gründen zu kürzen: Die geltend gemachten Bemühungen im Umfang von 1.5 Stunden vom 25. April 2008 erfolgten noch im Rahmen des Verwaltungsverfahrens und vor Erlass des Einspracheentscheides vom 2. Juni 2008 (Urk. 2). Sie sind deshalb nicht vom Gericht zu entschädigen. Den Rahmen des für eine gehäufte Wahrung der Interessen des Beschwerdeführers Gebotenen übersteigt sodann der geltend gemachte Aufwand von total über 11 Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift. Die unentgeltliche Rechtsbeistandin hat den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren, aber auch im parallel laufenden invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren vertreten. Ihr war daher der massgebliche Sachverhalt bekannt. Ein Grossteil des Textes der Beschwerdeschrift, insbesondere die Einwendungen gegen das A.____-Gutachten, sind denn auch gleich gehalten wie die Beschwerdeschrift im IV-Verfahren, währenddem die Beschwerdeschrift im UV-Verfahren keine vertiefteren Ausführungen zur zentralen Frage der Kausalität enthält, welche - entgegen der offenbar bestehenden Ansicht des Versicherten (Urk. 1 S. 10) - von der Beschwerdegegnerin durchaus abgehandelt worden ist (Urk. 2). Es ist daher angemessen, den für den 17. und 18. Juni 2008 geltend gemachten Aufwand von 11 auf 8 Stunden zu kürzen. So reduziert sich der Gesamtaufwand um 4.5 auf 16 Stunden und resultiert ein Total von ([16 x 200.--] + 29.-- =) Fr. 3'229.-- sowie unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 7,6 % eine Entschädigung von Fr. 3'474.40 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher, Zürich, wird mit Fr. 3'474.40.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher
 - Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
 - Bundesamt für Gesundheitsowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.