

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00331 vom 15. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00331](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00331)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00331 du 15 septembre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00331 del 15 settembre 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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).

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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalssässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als

bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3 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).

1.4 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).

1.5 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).

1.6 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

## E. 2

2.1 Die SUVA begründete die Leistungseinstellung im Wesentlichen - unter Hinweis auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Sportmedizin-Phlebologie, vom 29. August 2007 (Urk. 9/52) - damit, dass die über den 4. August 2003 hinaus persistierenden Beschwerden nicht mehr auf den Unfall vom 24. Juni 2003 zurückzuführen, sondern vielmehr krankhafter Genese seien (vgl. Urk. 9/55 S. 1, Urk. 2 S. 2 f., Urk. 8 S. 4 f.).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, seine Gesundheitsstörungen beständen erst sei dem Vorfall vom 24. Juni 2003 (vgl. Urk. 1 S. 4). Das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem fraglichen Geschehnis und der anhaltenden Symptomatik sei mit der - nicht beweiskräftigen - Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. August 2007 (Urk. 9/52) nicht nachgewiesen und von den weiteren Ärzten zumindest in Frage gestellt worden (vgl. Urk. 1 S. 5).

### E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte am 15. August 2003 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/4 S. 1):

- Zerviko- und thorakovertebrales Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung bei Fehlform der Wirbelsäule (Differentialdiagnose: zervikoradikulares Syndrom rechts)

- Status nach Trauma des Daumens rechts vom 24. Juni 2003

- Arteriovenöse Fistel (eventualiter Klippel-Trönauney-Syndrom)

Der Beschwerdeführer habe vor Jahren eine - in der Folge mittels Gips therapierte - Kleinfingerfraktur erlitten und sich 1995 einer Operation der Venen im Handgelenkbereich rechts unterzogen. Am rechten Arm und im linken Oberschenkel (OS) weise der Patient arteriovenöse Fisteln auf (vgl. Urk. 9/4 S. 1).

Am 24. Juni 2003 habe der Patient, als ein von diesem gehaltener Bohrer stecken geblieben sei, einen Schlag auf den Daumen erlitten. Dennoch sei er in der Folge noch bis am 10. Juli 2003 in der Lage gewesen, weiter zu arbeiten. Als dann am 11. Juli 2003 Schmerzen im Daumen und im ganzen rechten Arm aufgetreten seien, deretwegen erstmals eine Arztkonsultation erfolgt sei, habe dies den Beschwerdeführer nicht daran gehindert, zu verreisen. Wegen eines unsicheren Gefühls im rechten Daumen habe er in der Folge indes an seiner Feriendestination darauf verzichtet, ein Auto zu lenken (vgl. Urk. 9/4 S. 1).

Derzeit klagt der Patient über eine Mädigkeit in der rechten Hand und etwa zweistündlich auftretende Schmerzen, deren Intensität morgens am stärksten sei. Mittlerweile betreffen die Schmerzen auch den gesamten lateralen Oberarm und - mit Ausnahme der Finger VI und V rechts - auch den Unterarm. Daneben gebe der Beschwerdeführer, dessen Nachtruhe ungestört sei, eine generelle Kraftverminderung sowie eine Beeinträchtigung der Sensibilität an. Die Schulter sei frei beweglich, gelegentlich traten indes Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) auf (vgl. Urk. 9/4 S. 1).

Der Beschwerdeführer leide unter einem zerviko- und thorakovertebralen Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung bei einer Fehlf orm der Wirbelsäule. Offen sei, ob der am 24. Juni 2003 erlittene Schlag auf den Daumen ursächlich sei für das gesamte geschilderte Beschwerdebild. So sei - gerade angesichts der Anamnese - etwa auch vorstellbar, dass den Beschwerden eine zervikoradikuläre Symptomatik zugrunde liege. Anzumerken sei in diesem Zusammenhang, dass arteriovenöse Fisteln bekanntermassen im Spinalkanal auftreten könnten, was allerdings wiederum eine - derzeit nicht vorhandene - radikuläre Symptomatik auslöste. Während sich weitere Abklärungen aktuell nicht aufdrängten, erschienen physikalische Massnahmen als indiziert; vorläufig ziehe der Patient allerdings eine medikamentöse einer physiotherapeutischen Behandlung vor. Bei Ausbleiben eines namhaften Therapieerfolgs sei eine Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) mittels MRI angezeigt (vgl. Urk. 9/4 S. 2).

Die erstbehandelnde Ärztin Dr. med. A. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, hielt am 7. Oktober 2003 fest, sie und Dr. Z. \_\_\_\_, seien sich einig darin, dass der Beschwerdeführer am 24. Juni 2003 einen Unfall erlitten und sich dabei eine Abduktionsverletzung des rechten Daumens zugezogen habe. Hinzuweisen sei aber darauf, dass der Patient in der Folge weitergearbeitet habe und sich erst am 11. Juli 2003, einen Tag vor seinen Ferien, in ärztliche Behandlung begeben habe. Anlässlich der damaligen Konsultation habe er lediglich über einen leichten Schmerz beim Abduzieren und Beugen des rechten Daumens berichtet; eine erweiterte Funktionsprüfung der Hand oder des Armes habe zu jenem Zeitpunkt nicht bestanden (vgl. Urk. 9/5).

Nach der Rückkehr aus den Ferien habe der Patient am 4. August 2003 über - in den Arm aufsteigende - Schmerzen in der ganzen rechten Hand, eine extrem rasche Ermüdbarkeit der rechten oberen Extremität sowie Schmerzen in den radialen drei Fingern berichtet. Sie - Dr. A. \_\_\_\_, - habe den Beschwerdeführer in der Folge zur Untersuchung und Diagnostik sowie zur Beurteilung der Unfallkausalität der Beschwerden an den Rheumatologen Dr. Z. \_\_\_\_, überwiesen (vgl. Urk. 9/5).

Was den Therapieverlauf betreffe, sei, nachdem sich unter physikalischer Behandlung kurzzeitig eine Besserung eingestellt habe, schon rasch wieder eine Verschlechterung eingetreten, weshalb wohl eine stationäre Beobachtung und Behandlung des Beschwerdeführers, der die Arbeit seit dem 11. Juli 2003 nicht wieder aufgenommen habe, angezeigt sei (vgl. Urk. 9/5).

In seiner am 13. Oktober 2003 gestützt auf die Akten verfassten kreisärztlichen Beurteilung (Urk. 9/6) gelangte Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, zum Schluss, dass sich der Beschwerdeführer unfallbedingt eine - erfahrungsgemäss innert drei bis vier Wochen wieder abheilende - Kontusion beziehungsweise Distorsion des rechten Daumens zugezogen habe. Die im Rahmen der in der Folge durchgeführten Untersuchungen festgestellten Gesundheitsstörungen (zerviko- und thorakovertebrales Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung bei Fehlf orm der Wirbelsäule, Klippel-Trönauney-Syndrom des rechten Arms) qualifizierte der genannte Arzt als - vorbestehende - Veränderungen krankhafter Natur, auf die das fragliche Geschehnis keinen Einfluss gehabt habe, weshalb er der SUVA den Fallabschluss per August 2003 empfahl.

3.4. Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 2. bis 30. Oktober 2003 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Kantonsspitals W., Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, im Austrittsbericht vom 7. November 2003 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/10 S. 1):

- Zervikobrachialgie rechts
- Status nach Distorsionstrauma Vorderarm rechts am 24. Juni 2003
- Skelettszintigraphie vom 7. Oktober 2003: Keine Hinweise für Algodystrophie
- MRI HWS vom 1. September 2003: Osteochondrose C5/C6 und C6/C7 mit leichter Retroosteophytenbildung, keine Spinalkanalpathologie
- Kongenitale Angiodysplasie
- kavernöses Hämangiom
- Schulter, Oberarm und Handgelenk radial rechts und Knie links
- Fehlf orm und -haltung der BWS
- Hypomobilität der gesamten BWS
- Rundrücken

Seit dem Unfall vom 24. Juni 2003, bei dem es dem Beschwerdeführer wegen des Blockierens der von ihm bedienten Bohrmaschine den rechten Arm verdreht habe, leide er im gesamten rechten Arm bis hin zum Nacken unter Schmerzen, einem diffusen Wärmegefühl sowie Ameisenlaufen in den Fingern I und III rechts. Druck auf die Muskeln im Bereich von Oberarm und Schultergürtel verstärke die Schmerzen. Während die Beweglichkeit der HWS und Schulter frei und uneingeschränkt sei, gebe der Beschwerdeführer diffuse Schmerzen im Schulter-/Nackebereich an (vgl. Urk. 9/10 S. 1). Nachdem eine radikale Problematik gestützt auf das MRI der HWS vom 1. September 2003 (Urk. 9/49) habe ausgeschlossen werden können, sei die Klinikeinweisung zur intensiven physikalischen Therapie erfolgt (vgl. Urk. 9/10 S. 2).

Mangels struktureller Läsionen sei die Symptomatik als chronische Schmerzstörung, die sich möglicherweise nach dem Arbeitsunfall Ende Juni 2003 noch akzentuiert habe, zu interpretieren. Bis zum 23. November 2003 bestehe noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, daraufhin sei voraussichtlich eine Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich (vgl. Urk. 9/10 S. 2)

3.5. Am 22. Januar 2004 hielten die Ärzte des Kantonsspitals W., Rheumaklinik mit Institut für Physiotherapie und Poliklinik, fest, nachdem die im November und Dezember 2003 durchgeführten ambulanten Behandlungen anfänglich eine Besserung gebracht hätten, sei es - nach einem Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit als Gipser - anfangs Januar 2004 erneut zu einer massiven Verschlechterung gekommen. Für die vom Beschwerdeführer derzeit geklagten belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Arm lasse sich keine zervikogene Pathologie eruieren. Möglich sei, dass die bewegungs- und belastungsabhängige Symptomatik von der rechten Schulter ausgehe. Angesichts des Umstands, dass der Patient undifferenziert - bis in die Hand ausstrahlende - Schmerzen sowohl im Ober- als auch im Vorderarm angebe, könne die Problematik nicht eindeutig zugeordnet werden (vgl. Urk. 9/18 S. 1). Erschwert werde die

Beurteilung auch durch die zudem bestehenden schmerzhaften angiodyplastischen Veränderungen. Diesbezüglich habe die im Rahmen des angiologischen Konsiliums erfolgte Duplexsonographie eine normale Durchblutung der Arme ergeben. Um abzuklären, inwieweit beim Distorsionstrauma vom 24. Juni 2003 die Schulter in Mitleidenschaft gezogen worden sei, sei eine Abklärung in der Orthopädischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ indiziert (vgl. Urk. 9/18 S. 2).

3.6. Dr. B.\_\_\_\_ hielt nach Kenntnisnahme der seither ergangenen medizinischen Berichte am 3. März 2004 an seiner Beurteilung vom 13. Oktober 2003 (Urk. 9/6) fest (vgl. Urk. 9/19).

3.7. In ihrem Schreiben an die SUVA vom 19. April 2004 (Urk. 9/21) brachten die Ärzte des Kantonsspitals W.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, zum Ausdruck, dass sie die Einstellung der Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Juni 2003 als ungerechtfertigt erachteten. Der Patient habe sich beim fraglichen Geschehnis ein Distorsionstrauma des rechten Arms zugezogen und leide seither rechtsseitig unter belastungsabhängigen Arm- und Schulterschmerzen. Zwar sei es bis anhin nicht gelungen, die genaue Ursache der Symptomatik zu ermitteln, es bestehe aber kein Zweifel, dass diese seit dem Unfallereignis vorhanden sei. Hinzuweisen sei darauf, dass eine orthopädische Abklärung noch nicht erfolgt und durchaus denkbar sei, dass den geklagten Beschwerden eine sich atypisch präsensierende Schulterbinnenläsion zugrunde liege (vgl. Urk. 9/21).

3.8. Nach Einsichtnahme in das Schreiben der Ärzte des Kantonsspitals W.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, vom 19. April 2004 (Urk. 9/21) bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ am 19. Mai 2004 erneut, an seiner Einschätzung vom 13. Oktober 2003 (Urk. 9/6) festzuhalten (vgl. Urk. 9/22).

3.9. Nachdem sie den Beschwerdeführer am 26. April 2004 in der Schulter-/Ellbogensprechstunde untersucht hatten, stellten die Ärzte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_, Orthopädie, am 8. Mai 2004 folgende Diagnose (vgl. Urk. 9/23 S. 1):

- Unklarer Schulterschmerz rechts, Verdacht auf AC-Arthrose

Überdies beständen nachstehende Nebendiagnosen (vgl. Urk. 9/23 S. 1):

- Zervikospondylogenes Syndrom rechts

- Status nach Distorsionstrauma Vorderarm rechts vom 24. Juni 2003

- Osteochondrose C5/6, C6/7 ohne Spinalkanalpathologie

- Kongenitale Angiodysplasie mit kavernösem Hämangiom Schulter/Oberarm und Handgelenk rechts

Anamnestisch sei es am 24. Juni 2003 zu einer forcierten Innenrotation des rechten Armes gekommen; in der Folge habe der Patient unter Schmerzen gelitten, jedoch noch zwei Wochen weitergearbeitet, bevor eine vierwöchige Hospitalisation erfolgt sei. Seit Klinikaustritt seien intermittierend - jeweils wenige Tage dauernde - Arbeitsversuche durchgeführt worden, ohne dass wieder eine längere Arbeitsfähigkeit als Gipser erreicht worden sei. Die Therapie habe sich bis anhin auf physikalische und analgetische Massnahmen beschränkt (vgl. Urk. 9/23 S. 1).

Der Patient, der seit der Kindheit an - hauptsächlich den rechten Oberarm betreffender - zunehmender Gefässmissbildung mit einer deutlichen Varicosis auch am rechten Handgelenk leide (vgl. Urk. 9/23 S. 1), weise ein unklares Schmerzsyndrom des rechten Arms auf (vgl. Urk. 9/23 S. 2).

Um eine die Schulter betreffende Problematik ausschliessen zu können, sei eine AC-Infiltration rechts geplant. Bezüglich der allgemeinen Symptomatik falle an sich ein vaskuläres Thoracic Outlet Syndrom in Betracht, entsprechende Abklärungen erbrachten sich allerdings angesichts des Ergebnisses des von den Ärzten des Kantonsspitals W. durchgeführten angiologischen Konsiliums (vgl. Urk. 9/23 S. 2).

3.10 In seiner Stellungnahme vom 18. Juni 2004 (Urk. 9/27) hielt Dr. B. fest, die Gefässveränderungen seien angeboren und stellten keine Unfallfolgen dar. Auch habe das Ereignis vom 24. Juni 2003 keiner Verschlechterung des Vorzustands gezeitigt. Weitere Abklärungen betreffend die Unfallkausalität der persistierenden Symptomatik erbrachten sich.

3.11 Am 14. Juli 2004 berichteten die Ärzte der Universitätsklinik C., Orthopädie, der Patient leide weiterhin unter unklaren Schulter-/Armschmerzen rechts bei ausgeprägter venöser Gefässdysplasie. Die Schmerzen traten bei Belastung des Arms auf und strahlten bis in die ersten drei Finger und in die gesamte rechte obere Thoraxapertur aus. Weder die AC-Gelenksinfiltration noch die subakromiale Infiltration hätten eine Beschwerdeverbesserung gebracht. Zum definitiven Ausschluss einer Schultergelenkspathologie sei ein Arthro-MRI indiziert. Sofern dieses - wie bereits das MRI der HWS vom 1. September 2003 (Urk. 9/49) - keine schlüssigen Befunde liefere, sei eine Abklärung durch den Gefässspezialisten angezeigt (vgl. Urk. 9/29).

3.12 Das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 25. August 2004 ergab gemäss den Radiologen der Universitätsklinik C. einen Defekt des Labrum glenoidale vorne unten, eine Bizeps-Tendinopathie sowie eine intakte Rotatorenmanschette (vgl. Urk. 9/51).

3.13 Am 30. August 2004 hielten die Ärzte der Universitätsklinik C., Orthopädie, fest, auch das Arthro-MRI vom 25. August 2004 (Urk. 9/51) zeige keine pathologischen Veränderungen im Bereich des rechten Schultergelenks. Die oberflächlich zu erkennenden venösen Gefässzeichnungen und die Hautveränderungen über dem Schultergelenk, dem Oberarm und dem Ellbogengelenk erinnerten an das Klippel-Tränaunay-Syndrom. Eine Therapieempfehlung betreffend das rechte Schultergelenk könne nicht abgegeben werden. Es sei eine Abklärung durch den Gefässspezialisten angezeigt (vgl. Urk. 7/9 S. 9 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

3.14 In ihrem Schreiben (Urk. 7/9 S. 14 f. im Prozess Nr. IV.2007.01427) an die Ärzte des Kantonsspitals W., Gefässzentrum, berichtete Dr. A. am 9. September 2004, der Patient, der bereits im Jahr 2001 einmal wegen ungeklärter Schmerzen im Adduktorenkanal links bei gleichzeitig bestehender Angiodysplasie mit kavernösen Hämangiomen an der rechten oberen Extremität in der genannten Klinik untersucht worden sei, habe sich damals von der vorgetragenen Symptomatik spontan wieder erholt und seine Arbeit als Gipser in der Folge wieder aufgenommen. Am 24. Juni 2003 habe der Beschwerdeführer ein minimales Drehtrauma am rechten Daumen erlitten, in dessen Zusammenhang er erst am 11. Juli 2003, am Tag vor Antritt dreiwöchiger Ferien, ärztliche Hilfe in Anspruch genommen habe. Es sei zu keinen wesentlichen klinischen

Funktionsausfällen gekommen, und die radiologische Untersuchung habe keine ossären Läsionen ergeben. Nach der Rückkehr in die Schweiz habe der Patient über - sich bis in den Arm hinauf erstreckende - Schmerzen in der rechten Hand beziehungsweise den drei radialen Fingern geklagt (Urk. 7/9 S. 14 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

Anlässlich der Konsultation vom 3. Juni 2004 habe der Beschwerdeführer unter anderem eine neu aufgetretene schmerzhaft Manifestation am rechtsseitigen Daumengrundgelenk angegeben; bei dieser habe es sich lediglich um die Verbreiterung einer bereits vorbestehenden Angiektasie gehandelt. Nachdem die bisherigen Untersuchungen ergebnislos verlaufen seien, sei eine angiologische Abklärung indiziert (Urk. 7/9 S. 14 f. im Prozess Nr. IV.2007.01427).

3.15 Die Ärzte des Kantonsspitals W., Gefässzentrum, stellten in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2004 (Urk. 7/50 S. 5-7 im Prozess Nr. IV.2007.01427) nachstehende Diagnosen:

- Armschmerzen rechts, Genese unklar
- Status nach Distorsionstrauma Vorderarm rechts am 24. Juni 2003
- Kongenitale Angiodysplasie der rechten oberen Extremität mit ausgedehntem kavernösem Hämangiom Oberarm und Unterarm rechts
- kein Naevus flammeus, kein Nachweis von grosskalibrigen AV-Fisteln, keine Weichteilhyperplasie, kein Lymphoedem
- Nikotinabusus

Der Beschwerdeführer sei - wegen Schmerzen im Bereich der Leiste links mit Ausstrahlung gegen das Knie medial links - bereits im November 2001 erstmals in der Klinik untersucht worden. Damals hätten sich an der linken unteren Extremität völlig normale arterielle und venöse Verhältnisse gezeigt, und die Beschwerden seien in der Folge spontan wieder verschwunden. Schon zu jener Zeit habe das ausgedehnte kavernöse Hämangiom am rechten Oberarm bestanden; es sei jedoch völlig asymptomatisch und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewesen.

Aufgrund der Anamnese, der Klinik und der aktuell erhobenen Untersuchungsbefunde sei ein Zusammenhang zwischen dem - nach einem am 24. Juni 2003 erlittenen relativ geringgradigen Trauma im Bereich des rechten Daumens aufgetretenen - Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität und der nun seit mindestens 40 Jahren bestehenden Gefässmissbildung auszuschliessen (vgl. Urk. 7/50 S. 6 f. im Prozess Nr. IV.2007.01427).

3.16 Die Abklärung in der Abklärungs- und Ausbildungsstätte V. vom 24. Januar bis 15. Februar 2005 ergab, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden in einer körperlich leichten, insbesondere den rechten Arm nur gering belastenden behinderungsadaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 9/32 S. 7), wobei die spätere Steigerbarkeit dieser Restarbeitsfähigkeit - auch längerfristig - als eher unwahrscheinlich erachtet wurde (vgl. Urk. 9/32 S. 8).

3.17 Nachdem sie den Beschwerdeführer im Rahmen eines vom 4. bis 8. Dezember 2006 erfolgten stationären Aufenthalts im Auftrag der IV-Stelle internistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte des Begutachtungsinstituts U. in ihrem Gutachten vom 13. Februar 2007 (Urk. 7/58 im

Prozess Nr. IV.2007.01427) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/58 S. 22 im Prozess Nr. IV.2007.01427):

- Persistierende Brachialgie rechts bei
- Status nach Rotations-/Torsionstrauma des rechten Arms am 24. Juni 2003
- Bizeps longus Tendopathie (MRI 25. August 2004)
- Rücklaufige Zervikalgie bei Osteochondrose C5/C6 und C6/C7
- Dissoziative Störung, gemischt (=Konversionsstörung)
- Differentialdiagnose: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 7/58 S. 22 f. im Prozess Nr. IV.2007.01427):

- Kongenitale Angiodysplasie der oberen rechten Extremität mit kavernösem Hämangiom
- Störungen durch Tabak
- Status nach ossärem Ausriss Os naviculare rechts medial 1997 (anamnestisch)
- Status nach Fraktur Basis II Zehe rechts 1999 (anamnestisch)

Abweichend von der Beurteilung der Radiologen der Universitätsklinik C. \_\_\_ vom 25. August 2004 sei man zum Schluss gelangt, dass kein Defekt des Labrum glenoidale rechts vorliege. Indes weise die HWS degenerative Veränderungen auf, die regelmässige und schwere Überkopfarbeiten unzumutbar machten. Im Vordergrund des Beschwerdebilds stehe ganz eindeutig die - zwei Wochen nach dem Ereignis vom 24. Juni 2003 aufgetretene (vgl. Urk. 7/58 S. 26 im Prozess Nr. IV.2007.01427) - Konversionsstörung, die sich etwa in elektrischen Sensationen und Parästhesien im ganzen rechten Arm sowie einem Kraftlosigkeits- und Fremdkörpergefühl betreffend ebendiesen Arm manifestiere. Ursache der Konversionssymptomatik mit dissoziativen Symptomen sei offenbar der relativ geringfügige Unfall, der - auch gemäss Angaben des Exploranden - erhebliche Ängste ausgelöst habe (vgl. Urk. 7/58 S. 23 f. im Prozess Nr. IV.2007.01427).

In der Tätigkeit als Hilfsgipser sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 24. Juni 2003 (vgl. Urk. 7/58 S. 25 im Prozess Nr. IV.2007.01427) zu 30 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 7/58 S. 24 im Prozess Nr. IV.2007.01427). Während sich die angegebenen Schulter-/Armschmerzen nicht objektivieren liessen, zeitigten die degenerativen Veränderungen der HWS insofern eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als regelmässige und schwere Überkopfarbeiten nicht mehr möglich seien (vgl. Urk. 7/58 S. 25 im Prozess Nr. IV.2007.01427). Aus der Konversionsstörung resultiere in einer Verweistätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/58 S. 25 im Prozess Nr. IV.2007.01427), allerdings sei die fragliche Symptomatik derzeit noch nicht derart ausgeprägt und fixiert, dass der Explorand sie bei zumutbarer Willensanstrengung nicht zu überwinden in der Lage wäre (vgl. Urk. 7/58 S. 24 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

In therapeutischer Hinsicht stehe - nach entsprechender Motivation des Patienten, der seine Problematik ausschliesslich auf somatischer Ebene sehe - eine

psychiatrische Behandlung im Vordergrund. Zu empfehlen sei sodann eine Infiltration im Bereich des Sulcus der Bizeps longus-Sehne. Äußerdem erscheine es als sinnvoll, den Beschwerdeführer bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle zu unterstützen (vgl. Urk. 7/58 S. 24 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

3.18 Die Kardiologen des Kantonsspitals W., Medizinische Klinik, stellten, nachdem sie den Beschwerdeführer vom 6. bis 9. Januar 2007 wegen unklarer Thoraxschmerzen stationär behandelt hatten, in ihrem Bericht vom 21. Juni 2007 (Urk. 7/84 S. 7-9 im Prozess Nr. IV.2007.01427) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 7/84 S. 7 im Prozess Nr. IV.2007.01427):

- Atypische Thoraxschmerzen seit Monaten
- Kongenitale Angiodysplasie mit Hämangiomen an Schulter, Oberarm und Handgelenk radial rechts Knie links seit Kindheit
- Zervikobrachialgie rechts und BWS-Fehlhaltung

Die Ursache der geklagten Thoraxschmerzen habe nicht eruiert, ein Herzinfarkt indes ausgeschlossen werden können (vgl. Urk. 7/84 S. 7 im Prozess Nr. IV.2007.01427). Aufgrund der am 15. Januar 2007 durchgeführten Myocardperfusionsszintigraphie habe eine Durchblutungsstörung ausgeschlossen werden können; die Doppler-Echokardiographie vom 18. April 2007 habe ebenfalls unauffällige Befunde gezeitigt (vgl. Urk. 7/84 S. 8 im Prozess Nr. IV.2007.01427). Abgesehen von einer Sistierung des Rauchens seien aus kardialer Sicht weder weitere Abklärungen noch therapeutische Massnahmen indiziert; die Prognose sei ausgezeichnet (vgl. Urk. 7/84 S. 8 im Prozess Nr. IV.2007.01427), eine objektivierbare Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Es hätten sich jedoch eine ausgeprägte Beinschwäche bei Belastung und eine kongenitale Angiodysplasie mit Hämangiomen an Schulter, Armen und Knien gezeigt, die teilsweise für eine verminderte Leistungsfähigkeit sein könnten, wobei die diesbezügliche Beurteilung einem auf Angiologie spezialisierten Arzt obliege (vgl. Urk. 7/84 S. 7 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

3.19 In seiner Einschätzung vom 29. August 2007 (Urk. 9/52) gelangte Dr. D. zum Schluss, dass auch die seit Oktober 2003 gewonnenen medizinischen Erkenntnisse das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 24. Juni 2003 und den persistierenden Beschwerden nicht nahe legten. So seien sowohl die angeborene - Angiodysplasie im Bereich der oberen Extremität als auch die degenerativen - Veränderungen an der Halswirbelsäule krankhafter Genese. Auf den fraglichen Unfall zurückzuführende strukturelle Läsionen hätten von keinem der involvierten Fachärzte festgestellt werden können (vgl. Urk. 9/52 S. 3).

#### **E. 4**

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht hervor, dass im Rahmen der diversen im Laufe der Zeit erfolgten Untersuchungen keine auf den Unfall vom 24. Juni 2003 zurückzuführenden objektivierbaren Befunde erhoben werden konnten. Zwar ist den Arztberichten übereinstimmend zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer (auch) organisch nachweisbare Gesundheitsschäden aufweist, dass das fragliche Ereignis ursächlich dafür wäre, ist allerdings nicht anzunehmen.

4.2 Eine erhebliche unfallbedingte Verletzung erscheint schon aufgrund des - von den Ärzten einhellig als geringfügig erachteten (vgl. etwa Urk. 7/9 S. 14, Urk. 7/50 S. 6

und Urk. 7/58 S. 23 im Prozess Nr. IV.2007.01427) - Traumas des rechten Daumens (und nicht etwa der Hand oder des Arms, wie von verschiedenen Ärzten aufgrund entsprechender anamnestischer Angaben im Laufe der Zeit angenommen [vgl. Urk. 9/4 S. 1, Urk. 9/5, Urk. 9/6, Urk. 7/9 S. 14 im Prozess Nr. IV.2007.01427 beziehungsweise Urk. 9/10 S. 1, Urk. 9/21, Urk. 9/23 S. 1, Urk. 7/50 und Urk. 7/58 S. 22 im Prozess Nr. IV.2007.01427]) und des Heilverlaufs unmittelbar nach dem Ereignis vom 24. Juni 2003 als wenig wahrscheinlich. So erreichten die - später als belastungsabhängig geschilderten (vgl. etwa Urk. 9/18 S. 1, Urk. 9/15 S. 1, Urk. 9/30 S. 1, Urk. 9/32 S. 2, S. 3) - Schmerzen am rechten Daumen erst nach einer fast zweieinhalbwöchigen Latenzzeit, während der der Beschwerdeführer unvermindert seiner Arbeit als Gipser nachgegangen war (vgl. Urk. 9/16, Urk. 9/4 S. 1, Urk. 9/5), in einer Intensität auf, die diesem beziehungsweise dessen Vorgesetztem (vgl. Urk. 9/16) eine Arztkonsultation für angezeigt erscheinen liess. Zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit kam es in der Folge gerade, nachdem der Beschwerdeführer seine Hand während dreiwöchiger Ferien hatte schonen können (vgl. Urk. 9/4 S. 1, Urk. 9/5). Angesichts dieser Umstände sowie der Art und des Ausmasses der nach der Rückkehr aus den Ferien anfangs August 2003 geklagten Beschwerden, die nun die gesamte rechte Extremität betrafen (vgl. Urk. 9/4 S. 1, Urk. 9/5), brachten denn auch bereits die beiden erstbehandelnden Ärzte - zumindest implizite - klar zum Ausdruck, dass sie an der Ursächlichkeit des Unfalls für die geschilderte Symptomatik zweifelten (vgl. Bericht Dr. Z. \_\_\_ vom 15. August 2003 [Urk. 9/4], Bericht Dr. A. \_\_\_ vom 7. Oktober 2003 [Urk. 9/5]), und Dr. B. \_\_\_ verneinte - unter Hinweis auf den bei einer Daumenkontusion beziehungsweise -distorsion normalerweise zu erwartenden Heilverlauf einerseits und die krankhafte Genese der nun festgestellten Gesundheitsstörungen andererseits - den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 24. Juni 2003 und den nach der Rückkehr aus den Ferien geklagten Beschwerden am 13. Oktober 2003 ausdrücklich (vgl. Urk. 9/6), und die Ärzte des Kantonsspitals W. \_\_\_ interpretierten die angegebenen Beschwerden am 7. November 2003 als - vorbestehende - durch den Unfall lediglich möglicherweise verstärkte chronische Schmerzstörung (vgl. Urk. 9/10 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar wurden im Rahmen der in der Folge durchgeführten umfassenden medizinischen Abklärungen verschiedene objektivierbare pathologische Befunde erhoben, soweit und sofern diese aber überhaupt - wenigstens teilweise - in Zusammenhang mit den geschilderten Beschwerden gebracht wurden, postulierte jedenfalls kein Arzt deren Unfallkausalität. So handelt es sich bei der gestützt auf das MRI der HWS vom 1. September 2003 (Urk. 9/49) festgestellten Osteochondrose C5/C6 und C6/C7 um eine Veränderung degenerativer Natur (vgl. Gutachten des Begutachtungsinstituts U. \_\_\_ vom 13. Februar 2007 [Urk. 7/58 S. 25 im Prozess Nr. IV.2007.01427]). Dafür, dass der fragliche Unfall diesbezüglich - zumindest vorübergehend - einen Beschwerdeschub ausgelöst hätte, gibt es keinerlei Hinweise. Auch die im MRI vom 25. August 2004 (Urk. 9/51) festgestellte - und die geklagte Symptomatik zumindest im angegebenen Ausmass in keiner Weise erklärende (vgl. Urk. 7/9 S. 9 und Urk. 7/9 S. 14 f. und Urk. 7/58 S. 15 im Prozess Nr. IV.2007.01427) - Bizepstendopathie für keine Art auf den am 24. Juni 2003 erlittenen Schlag auf den Daumen zurück.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Einen Zusammenhang zwischen der festgestellten Fehllage respektive -form der (Brust-)Wirbelsäule (vgl. Bericht Dr. Z. \_\_\_ vom 15. August 2003 [Urk. 9/4 S. 2], Bericht Dr. B. \_\_\_ vom 13. Oktober 2003 [Urk. 9/6], Austrittsbericht

Kantonsspital W.\_\_\_\_ vom 7. November 2003 [Urk. 9/10]) zog - angesichts des erlittenen Traumas zu Recht - keiner der behandelnden und begutachtenden Ärzte auch nur in Betracht.

Was die - seit mindestens 40 Jahren bestehende (vgl. Urk. 7/50 S. 5-7 und Urk. 7/58 S. 11 im Prozess Nr. IV.2007.01427) - kongenitale Angiodysplasie betrifft, schlossen die zuständigen Fachärzte des Kantonsspitals W.\_\_\_\_ nach umfassenden Untersuchungen - übereinstimmend mit ihrer früheren entsprechenden Beurteilung (Bericht Kantonsspital W.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2004 [Urk. 9/18 S. 2] und derjenigen des Kreisarztes Dr. B.\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 18. Juni 2004 [Urk. 9/27]) - am 18. Oktober 2004 jeglichen Einfluss des Unfalls vom 24. Juni 2003 auf die fragliche Gefässmissbildung aus (vgl. Urk. 7/50 S. 5-7 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

Die Diagnose eines Defekts des Labrum glenoidale, wie ihn die Radiologen des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ noch am 25. August 2004 aufgrund des Ergebnisses der MRI-Untersuchung vom nämlichen Datum angenommen hatten (vgl. Urk. 9/51), wurde sodann in der Folge von keinem Arzt bestätigt und schliesslich, nachdem die Orthopäden der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ am 30. August 2004 - gerade gestützt auf das genannte MRI - pathologische Veränderung im Bereich des rechten Schultergelenks ausgeschlossen hatten (vgl. Urk. 7/99 S. 9 im Prozess Nr. IV.2007.01427), am 13. Februar 2007 von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts U.\_\_\_\_ - mit überzeugender Begründung - widerlegt (vgl. Urk. 7/58 S. 26 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

Angeichts der erfolgten umfassenden und sorgfältigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts sind von weiteren Untersuchungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (vgl. Urk. 1 S. 2, S. 5). Nach dem Gesagten liegen der seit anfangs August 2003 geklagten Symptomatik keine objektivierbaren Unfallfolgen zugrunde. Dass die somatisch sich manifestierende Gesundheitsstörung erst nach dem Ereignis vom 24. Juni 2003 auftrat, lässt nicht auf Gegenteiliges schliessen (vgl. Bericht Kantonsspital W.\_\_\_\_ vom 19. April 2004 [Urk. 9/21]; Urk. 1 S. 4, S. 5). Einerseits kann rechtsprechungsgemäss eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch den Unfall verursacht gelten, weil sie nach diesem aufgetreten ist (unzulässiger "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C\_393/2007 mit Hinweis), andererseits legten die Gutachter des Begutachtungsinstituts U.\_\_\_\_ - mit einleuchtender Begründung - dar, dass die trotz des Fehlens erheblicher (auch krankhafter) organisch nachweisbarer Befunde angegebenen massiven Beschwerden mit einer psychischen Störung zu erklären seien (vgl. Urk. 7/58 S. 23 f. im Verfahren IV.2007.01427). Auf das Vorliegen einer solchen weist denn auch das Ergebnis der - im Zusammenhang mit vom Beschwerdeführer geklagten Thoraxschmerzen - zwischenzeitlich im Laufe des ersten Halbjahrs 2007 erfolgten fundierten Untersuchungen durch die Kardiologen des Kantonsspitals W.\_\_\_\_ hin, konnten doch dabei keinerlei pathologische Befunde erhoben werden (vgl. Urk. 7/84 S. 7-9 im Prozess Nr. IV.2007.01427).

4.3 Ob und gegebenenfalls inwieweit der Unfall vom 24. Juni 2003 ursächlich ist für die organisch nicht nachweisbaren körperlichen Beschwerden beziehungsweise die von den Experten des Begutachtungsinstituts U.\_\_\_\_ festgestellte psychische Störung (vgl. Gutachten vom 13. Februar 2007, Urk. 7/58 S. 23 f. im Prozess Nr. IV.2007.01427), kann vorliegend offen bleiben, fehlt es doch jedenfalls an einem - für die Bejahung einer

Über den 4. August 2003 bestehenden Leistungspflicht der SUVA erforderlichen - adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem - von den Ärzten zu Recht immer wieder als geringfügig beziehungsweise minimal oder bagatellär (vgl. etwa Urk. 7/9 S. 14, Urk. 7/50 S. 6 sowie Urk. 7/9 S. 1 und Urk. 7/58 S. 23 im Prozess Nr. IV.2007.01427) - bezeichneten Unfall vom 24. Juni 2003, bei dem der Beschwerdeführer infolge eines Blockierens der von ihm gehaltenen Bohrmaschine einen Schlag auf den Daumen erlitt, und der über den 4. August 2003 hinaus geklagten Symptomatik (vgl. dazu Erw. 1.6).

## E. 5

5.1 Da der vorliegende Prozess nicht als aussichtslos bezeichnet werden kann, der Beschwerdeführer bedürftig ist (vgl. Unterstützungsbestätigung Sozialbehörde der Wohnsitzgemeinde vom 12. September 2008, Urk. 3/3) und die anwaltliche Verbeiständung angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer rechtsunkundig ist und am Ausgang dieses Prozesses ein erhebliches Interesse hat, geboten war, ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (vgl. BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

5.2 Mit Honorarnote vom 17. August 2009 (Urk. 12) machte der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers einen Aufwand von fünf Stunden und Barauslagen im Betrag von Fr. 17.50 geltend. Der verrechnete Zeitaufwand erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 17.50 (je zusätzlich Mehrwertsteuer) ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 1'094.85 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 25. September 2008 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt.

Der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter werden auf § 92 der Zivilprozessordnung aufmerksam gemacht.

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Tomas Kempf, wird mit Fr. 1'094.85 (inkl. Barauslagen und MWSt.) aus der Gerichtskasse entschädigt.
3. Das Verfahren ist kostenlos.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Tomas Kempf
  - Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
  - Wincare
  - Bundesamt für Gesundheit

