

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00388

## vom 3. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00388](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00388)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00388 du 3 mai 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00388 del 3 maggio 2010

### Erwägungen

#### E. 2

2.1. Am 12. November 2008 liess X., vertreten durch Försprecher Miroslav Paták, Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung und der angefochtene Einspracheentscheid seien aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Aufforderung, dem Beschwerdeführer ein Taggeld in Höhe von 100 % bei einem Jahresverdienst von Fr. 58'975.-- ab 1. Juli 2005 unter Anrechnung der bereits geleisteten Taggelder auszurichten sowie die Behandlungskosten zu übernehmen. Eventualiter sei ihm eine Rente von 24 % bei einem Jahresverdienst von Fr. 58'975.-- auszurichten, ab wann rechtens (Urk. 1).

2.2. Mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2009 (Urk. 8 unter Auflage ihrer Akten, Urk. 10/1-121 und 11/1-60) ersuchte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Einschätzung von SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. J., Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 9. Dezember 2008 (Urk. 9) um Abweisung der Beschwerde.

2.3. Mit Replik vom 30. März 2009 (Urk. 16) beziehungsweise Duplik vom 14. April 2009 (Urk. 21) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

2.4. Am 20. Januar 2010 (Urk. 23) legte die Beschwerdegegnerin den Vorbescheid vom 5. Januar 2010 der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Beschwerdeführer betreffend (Urk. 24) auf.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, sofern erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

#### 1. Am 12. November 2008

1.1. Die Beschwerdegegnerin ermittelte im angefochtenen Entscheid unter analoger Anwendung von Art. 24 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) einen versicherten Jahresverdienst von gerundet Fr. 5'710.-- (Urk. 2 S. 5). In der Beschwerdeantwort brachte sie ergänzend vor, Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV komme vorliegend nicht zur Anwendung, habe der Beschwerdeführer doch keine geschäftsführende Funktion innegehabt, sei sein Aktienanteil an der Y. AG doch unerheblich und gebe es keine Hinweise dafür, dass der ausbezahlte Lohn nicht berufs- und ortsabhängig gewesen sei. Im Übrigen sei ohnehin das Arbeitspensum zu berücksichtigen (Urk. 8 S. 3). Gestützt auf die Beurteilungen von Dr. E. und Dr. J. sei im Weiteren die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsion zu verneinen

(Urk. 8 S. 3-4).

1.2. Hiergegen liess der Beschwerdeführer insbesondere vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe den Fall zu früh abgeschlossen. Sowohl sein Hausarzt als auch die Uniklinik K. \_\_\_ und das Röntgeninstitut L. \_\_\_ hätten die Unfallkausalität der Manschettenruptur bejaht. Mithin sei offenkundig, dass im Zeitpunkt des Verfügungserlasses als auch des Erlasses des Einspracheentscheides die ärztliche Behandlung noch nicht abgeschlossen gewesen sei, weshalb die angefochtenen Entscheide aufzuheben seien (Urk. 1 S. 4). Was den versicherten Verdienst betreffe, so finde vorliegend Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV Anwendung, womit den Berechnungen ein Jahreslohn von mindestens Fr. 58'975.-- zugrunde zu legen sei (Urk. 1 S. 4-5). Replicando brachte der Beschwerdeführer vor, entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin sei ein Aktienanteil von 18 % nicht unbeachtlich; zudem sitze er seit dem 11. April 2002 im Verwaltungsrat des ehemaligen Arbeitgebers. Sei er damit nicht unwesentlich an der Y. \_\_\_ AG beteiligt, sondern habe er auch entscheidend mitgewirkt, so sei nicht einzusehen, weshalb Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV nicht zur Anwendung gelangen sollte (Urk. 16 S. 4). In Bezug auf die Unfallkausalität der Manschettenruptur erweise sich schliesslich der Bericht von Dr. J. \_\_\_ als unhaltbar, habe der Arzt zum Einen den Beschwerdeführer gar nicht untersucht und gehe aus den medizinischen Akten zum Anderen hinreichend hervor, dass der Beschwerdeführer über Schulterbeeinträchtigungen geklagt habe. Dies werde von Dr. J. \_\_\_ jedoch in Abrede gestellt. Mithin sei auf die Ausführungen der Uniklinik K. \_\_\_ und von Dr. I. \_\_\_ abzustellen, deren Berichte sich auf allseitige Untersuchungen stützten, in Kenntnis der Vorakten erstellt worden seien und überzeugten (Urk. 16 S. 5).

## 2.

2.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 entfiere (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 blosser 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).

2.3.3 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).

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).

2.4 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

### E. 3

3.1 Gemäss Austrittsbericht der Krankenanstalt von A. \_\_\_\_, in Z. \_\_\_\_, vom 24. Mai 2003 (Urk. 10/4/5) erlitt der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 18. Mai 2003 eine Contusio cerebri lobi temporalis 1. dex. Whiplash injury, eine Contusio medulae spinalis sowie eine Hemiparesis 1. sin. discreta, wobei er in bewusstlosem Zustand ins Krankenhaus eingeliefert worden sei und sich erbrochen habe. Eine Computertomographie des Kopfes habe einen Kontusionsherd im rechten temporalen Lobus visualisiert. Ohne Symptome eines neurologischen Defizites sei er am 23. Mai 2003 entlassen worden, wobei als Therapie die Verordnung von Tegretol vorgeschlagen worden sei.

Die erwähnte, unfallnahe Dokumentation fehlt und konnte auch nachträglich nicht erhältlich gemacht werden (Urk. 10/78-79).

3.2 Dr. B., welcher die Behandlung des Beschwerdeführers am 5. August 2003 abschloss, hatte am 26. Mai 2003 (Bericht vom 27. August 2003, Urk. 10/2) Kopfschmerzen, eine verminderte Beweglichkeit und Schmerzen an der HWS sowie Parästhesien im linken Arm erhoben. Er diagnostizierte ein postcommotionelles Syndrom (mild brain injury) und einen Status nach Schleudertrauma der HWS. Vom 18. Mai bis zum 5. August 2003 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen; ab dem 6. August 2003 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.3 Der Neurologe Dr. D. erhob in der Elektroencephalographie vom 8. Oktober 2003 eine normale Grundaktivität ohne Herdbefunde und ohne epilepsiespezifische Potentiale (Urk. 10/19).

3.4 Eine am 13. Oktober 2003 (Bericht von Dr. C., Urk. 10/17) vorgenommene MR-Untersuchung lieferte eine regelrechte Darstellung des Hirnparenchyms ohne nachweisbare cerebrale Kontusionsherde. An der HWS zeigten sich Degenerationen distal (vor allem C6/7) ohne foraminale Stenose oder medulläre Kompression. Eindeutige traumatische Veränderungen fehlten.

3.5 Zusammenfassend hielt Dr. D., an den der Beschwerdeführer aufgrund von vier Episoden ascendenter Kribbelparästhesien überwiesen worden war, am 13. November 2003 (Urk. 10/22) dafür, eine Beurteilung sei schwierig. Beim Beschwerdeführer handle es sich um eine eher optimistische Persönlichkeit ohne Spuren einer Depression. Eher sei eine Tendenz zur Dissimulierung festzustellen, womit eine somatoforme Störung sehr unwahrscheinlich sei. Differentialdiagnostisch bestehe vordergründig die Möglichkeit einer funktionell überlagerten multifaktoriell bedingten Sensibilitätsstörung des linken Armes. In zweiter Linie sei eine posttraumatische fokale einfache Epilepsie trotz atypischer Anamnese und normalem EEG nicht auszuschliessen (Urk. 10/22).

3.6 Den Ausführungen des M., A., (Urk. 10/4/6) zufolge, zeigte ein digitales EEG am 23. Januar 2004 in wachem Zustand den Fokus einer epileptischen Aktivität rechts temporal-parietal, weshalb die Ärzte die Diagnose einer posttraumatischen Epilepsie nannten und Tegretol verordneten.

Auch hier sind keine Originaldokumente verfügbar. Diese seien dem Beschwerdeführer ausgehändigt worden (Urk. 10/72/1), welcher sich indes an den Aufbewahrungsort nicht zu erinnern vermag (vgl. Urk. 10/63 S. 18).

3.7 Mit Bericht vom 18. Mai 2004 (Urk. 10/31) diagnostizierte Dr. D. einen Status nach Polytrauma mit Schädel-Hirn-Trauma (Autounfall vom 18. Mai 2003 in Z.) mit (im CT des Schädels) temporaler Contusio cerebri rechts und vollständig regredientem sensomotorischem Hemisyndrom links und posttraumatischer fokaler Epilepsie mit einfach-partiellen sensiblen und sekundär generalisierten epileptischen Anfällen. Der Arzt berichtete, der gemessene Carbamazepin-Spiegel liege im therapeutisch üblicherweise wirksamen Bereich. Nachdem der Beschwerdeführer - nach vorgängigem Absetzen im Dezember 2003 - die antikonvulsive Therapie nach einem erneuten epileptischen Anfall am 22. Januar 2004 wieder aufgenommen habe, seien keine epilepsieverdächtige Ereignisse mehr aufgetreten.

3.8 Am 13. Juli 2005 (Urk. 11/2) erfolgte am Spital H.\_\_\_\_ die operative Sanierung der gemäss Darstellung des Beschwerdeführers am 1. Juli 2005 infolge eines epileptischen Anfalles erlittenen Scaphoidfraktur. Dieser war erst am 5. Juli 2005 beim Spital vorstellig geworden, wo bei massiver Schwellung lediglich die geschlossene Reposition des Carpus vorgenommen wurde. Nach Abschwellen erfolgte die Osteosynthese des Scaphoids.

3.9 Anlässlich der Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2005 (Bericht vom 27. Juli 2005, Urk. 10/48) berichtete der Beschwerdeführer, er sei aufgrund epileptischer Anfälle bereits viermal ohnmächtig geworden und habe sich dabei am 4. Juli 2005 bei einem Sturz auf die linke Hand eine Scaphoidfraktur zugezogen. Seit etwa vier Monaten befinde er sich in psychiatrischer Behandlung bei Dr. N.\_\_\_\_. Verspannungszustände im Nacken-, Hals- und Rückenbereich seien ihm als langjährigem Carchauffeur bekannt und für ihn normal. Er leide nicht an aussergewöhnlichen Schmerzen im Nackenbereich (Urk. 10/48/2). Dr. E.\_\_\_\_ erhob unauffällige Verhältnisse an der Wirbelsäule. Am linken Arm war eine freie Schulter- und Ellbogenbeweglichkeit festzustellen. Die Mittelhandbeugung erwies sich als leicht schmerzhaft (Urk. 10/48/3). Der Kreisarzt erachtete die einer Epilepsie ähnlichen Ereignisse als mit einer posttraumatischen Epilepsie vereinbar, auch wenn bislang im EEG neurologisch keine echten Veränderungen hätten nachgewiesen werden können. Das erlittene Schädelhirntrauma mit primärer Hirnläsion spreche aber für die getroffene Annahme. Eine HWS-Symptomatik sei aktuell nicht mehr nachweisbar; mit Blick auf den degenerativen Vorzustand sei damit diesbezüglich der Status quo sine erreicht. Auch die sonstige körperliche Verfassung des Beschwerdeführers sei praktisch unauffällig, Befunde seien nicht zu erheben. Was schliesslich die psychiatrische Problematik betreffe, so sei diese wohl auf das Unfallereignis zurückzuführen (Urk. 10/48/4). Eine Schlussbeurteilung betreffend die Epilepsie-Ereignisse sei derzeit noch nicht möglich. Aufgrund der Scaphoidfraktur bestehe aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/48/5).

3.10 Mit Bericht vom 22. Oktober 2005 (Urk. 10/90) diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie FMH und Familientherapie, eine depressive Entwicklung mit anhaltender schwerer depressiver Episode. Sie beschrieb den Beschwerdeführer als sehr depressiv wirkend, mit starrer Mimik und düsterer, hoffnungsloser Stimmung. Am schlimmsten seien die Schlafstörungen. Der Verlust seines Berufs als Carchauffeur habe ihn schwer getroffen. Zudem sei er von seiner zweiten Ehe sehr enttäuscht und sei viel allein. Dr. N.\_\_\_\_ hielt dafür, abgesehen von der somatischen Diagnose bewirke die schwere Depression eine starke Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

3.11 Am 2. Dezember 2005 erstattete die F.\_\_\_\_-Klinik einen ausführlichen Bericht (Urk. 10/63/1-23). Den medizinischen Sachverständigen gegenüber machte der Beschwerdeführer insbesondere Angstattacken geltend. Er habe sich seit dem Unfallereignis vom Mai 2003 verändert, habe sich sozial zurückgezogen sowie isoliert und verlasse kaum noch das Haus. In der linken Hand verspüre er seit der Fraktur sehr starke Schmerzen. Zeitweise leide er auch unter Schmerzen in den Schultern, diese seien aber wahrscheinlich altersbedingt und nicht so schlimm. Schliesslich habe er häufig Kopfschmerzen und sei seit dem Unfall vermehrt vergesslich (Urk. 10/63/13). Den aktuellen Tagesablauf schilderte der Beschwerdeführer demgemäss, als er am Morgen

jeweils in seine Firma fahre, um dort Kollegen zu besuchen. Gegen 15 Uhr kehre er normalerweise zur Arbeit, schaue etwas fern und treffe sich ab und zu am Nachmittag mit Kollegen im Dorf in einem Café; er sei sehr gesellig. Durch die Fraktur an der Hand sei er derzeit sehr beeinträchtigt. Er habe grosse Schmerzen in der Hand und könne fast nichts unternehmen (Urk. 10/63/12). Anlässlich zweier subjektiver Ereignisse während des stationären Aufenthaltes mit Kribbeln im linken Unterarm bzw. in der Hand zeigte sich das von den Ärzten durchgeführte EEG normal und ohne Hinweise auf eine epileptische Ursache. Das Langzeit-EEG erwies sich zwar als pathologisch; epilepsietypische Potenziale fehlten aber auch hier (Urk. 10/63/14). Auch ein MR des Schädels lieferte keinen eindeutigen pathologischen Befund (Urk. 10/63/15). Die Ärzte diagnostizierten einen (1) Verdacht auf eine symptomatische Epilepsie mit einfach-fokalen, komplex-fokalen und sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (ICD-10: G40.2), DD: gemischte dissoziative Störung mit psychogenen Anfällen und Sensibilitätsstörungen (ICD-10: F44.7) bei (2) Status nach Schädelhirntrauma mit Verdacht auf rechts-hemisphärische Contusio cerebri und transientem sensomotorischem Hemisyndrom links im Rahmen eines Verkehrsunfalles am 18. Mai 2003, eine (3) Anpassungsstörung mit anfallsphobischer Angst und Depressivität (ICD-10: F43.22), eine (4) partielle kognitive Beeinträchtigung (ICD-10: F07.8), (5) einen Status nach Scaphoidfraktur links bei Sturz unklarer Ursache (DD: epileptischer Anfall) am 1. Juli 2005 sowie anamnestisch Gicht, arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus Typ II (Urk. 10/63/16-17). Ob eine Epilepsie vorliege, könne derzeit nicht beantwortet werden. Zwar seien anfallsartige Ereignisse fremdanamnestisch festgestellt worden; ein Einrissen oder Zungenbisse seien aber nie unmittelbar nach einem Anfall von einem Arzt objektiviert worden. Zudem seien die unterschiedlichen Propagationsmodi (in Bezug auf die Kribbelparästhesien) für epileptische Anfälle sehr ungewöhnlich, wobei auch hier die Sprachbarriere, der zeitliche Verlauf und die Angstsymptomatik des Beschwerdeführers zu berücksichtigen seien. Ansonsten seien die Kribbelparästhesien gut mit einer rechtshirnigen Pathologie vereinbar, wobei jedoch weder das Schädel-CT noch ein am 23. Januar 2004 angefertigtes EEG auffindbar seien. Alle weiteren Befunde, diejenigen aus den Untersuchungen im Rahmen der aktuellen Begutachtung eingeschlossen, stützen hingegen die Diagnose einer Epilepsie nicht, widerlegten sie aber auch nicht (Urk. 10/63/17). Nach Absetzen des Carbamazepins während der Hospitalisation hätten keine epilepsietypischen Potentiale festgestellt werden können. Schliesslich seien differentialdiagnostisch vor allem eine dissoziative Symptomatik mit psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen bzw. sehr bewusstseinsnahe Anfälle im Hinblick auf ein Rentenbegehren zu diskutieren, was sich insbesondere aufgrund fehlender objektivierbarer pathologischer Befunde und Widersprüchlichkeiten in der Anamnese ergebe (vgl. Urk. 10/63/18).

Endlich habe die psychiatrische Evaluation eine aktuell ängstlich-depressiv gefärbte Anpassungsstörung ergeben, wobei die vom Beschwerdeführer geschilderten Angststörungen während des Aufenthaltes nie hätten beobachtet werden können (Urk. 10/63/19).

Abschliessend erklärten die Ärzte, aus neurologischer Sicht bestehe keine diagnostische Sicherheit. Weitere Rückschlüsse könnten einzig aus einem gut zu dokumentierenden klinischen Verlauf gezogen werden, wozu eine mindestens dreimonatige Beobachtung ohne Medikation anzustreben sei. Nach Ablauf dieser

Zeitspanne seien erneut ein Langzeit-EEG und eine abschliessende Begutachtung durchzuführen (Urk. 10/63/22).

3.12. Die Ultraschalluntersuchung der Schulter und des linken Oberarmes vom 24. Januar 2006 (Bericht von Dr. med. O. \_\_\_\_, Röntgeninstitut L. \_\_\_\_, Urk. 10/112/4) ergab keinen Nachweis einer Biceps- oder Triceps-Ruptur nach Trauma vom Mai 2005. Das Schulter- und Oberarmskelett links waren ohne Befund, die Artikulationsverhältnisse im Schulter-/AC- und Ellbogengelenk unauffällig.

3.13. Mit Zwischenbericht vom 22. Mai 2006 (Urk. 11/4) erklärte Dr. I. \_\_\_\_, der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im Handgelenksbereich sowie über Parästhesien daselbst. Ein bis zweimal wöchentlich finde am Spital H. \_\_\_\_ Physiotherapie statt.

3.14. Dr. G. \_\_\_\_, Spital H. \_\_\_\_, notierte am 31. Mai 2006 (Urk. 11/6), es beständen persistierende Schmerzen, eine Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes sowie Kraftlosigkeit in der linken Hand. Von Seiten der linken Hand sei der Beschwerdeführer für eine leichte Arbeit vollumfänglich arbeitsfähig. Demgegenüber sei er aufgrund der Epilepsie zu 100 % arbeitsunfähig.

3.15. Mit Bericht vom 15. August 2006 (Urk. 11/8) hielten die Dres. med. P. \_\_\_\_, Oberärztin, und Q. \_\_\_\_, Assistenzarzt, beide Spital H. \_\_\_\_, fest, der Beschwerdeführer beklage diffuse Schmerzen im Handgelenk, Unter- und Oberarm. Therapien nehme er keine mehr wahr, da sich nach den Behandlungen jeweils eine Schwellungstendenz gezeigt habe. Die Ärzte notierten, der Beschwerdeführer habe sich nur noch mässig kooperativ gezeigt und sei von den bisherigen Anstrengungen nicht überzeugt. Es bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz über dem Scaphoid, aber auch im gesamten Handgelenk, Vorderarm- und distalen Oberarmbereich. Klinisch zeigten sich eine normale Sensibilität im Arm- und Handbereich sowie eine normale Trophik und Durchblutungssituation. Die Dres. P. \_\_\_\_ und Q. \_\_\_\_ erklärten, es fehle ein morphologisches Korrelat für die vorliegende Schmerzsymptomatik.

3.16. Gemäss Angabe von Dr. I. \_\_\_\_ vom 18. Januar 2007 (Urk. 11/9) klagte der Beschwerdeführer über zunehmende Schmerzen im (Hand)Gelenk mit sehr störenden Parästhesien im Handbereich.

3.17. Im Rahmen einer ergänzenden Begutachtung befand sich der Beschwerdeführer vom 27. bis zum 31. Oktober 2006 erneut in der F. \_\_\_\_-Klinik (Bericht vom 6. Februar 2007, Urk. 10/85). Deren Ärzte notierten, der Beschwerdeführer habe nach Absetzen der Medikation (im November 2005) Ende Februar 2006 erneut einen Anfall - der Beschwerdeführer habe sich in diesem Zeitpunkt alleine zu Hause befunden - erlitten. Offensichtlich hätten aber entgegen ihren Empfehlungen bei Dr. D. \_\_\_\_ keine Konsultationen mehr stattgefunden. Auch seine Psychiaterin habe er mit der Begründung, der Weg zu ihr sei zu umständlich, seit längerem nicht mehr aufgesucht. Neben starker Vergesslichkeit und einer Merkfähigkeitsstörung habe der Beschwerdeführer über häufige Kopfschmerzen im Sinne eines Druckgeföhls geklagt. Nach seinem Wunsch für die Zukunft befragt, habe er angegeben, er würde am liebsten in seinen angestammten Beruf zurückkehren. Anderenfalls wäre er auch mit einer IV-Berentung zufrieden. Eine Umschulung traue er sich wegen der genannten kognitiven Defizite nicht zu (Urk. 10/85/2). Die Ärzte erhoben mit Ausnahme eines Verdachtes auf ein Carpal-tunnelsyndrom einen insgesamt unauffälligen Neurostatus (Urk. 10/85/3).

Während einer viertägigen EEG-Ableitung seien keine Anfälle registriert worden. Das interiktale EEG habe zwar Pathologien, jedoch keine epilepsietypischen Potenziale gezeigt. In abschliessender Beurteilung hielten die Ärzte dafür, die Diagnose einer Epilepsie erscheine höchst wahrscheinlich, wenngleich das interiktale EEG unauffällig gewesen sei und - entgegen ihren Empfehlungen - keine regelmässigen EEG-Kontrollen stattgefunden hätten. Denn auch das Fehlen epilepsietypischer Potentiale vermöge die Diagnose einer Epilepsie noch nicht zu widerlegen. Eine erneute Beobachtung ohne Antiepileptika sei aus ethischen Gründen nicht vertretbar (Urk. 10/85/4). Schliesslich lasse sich die Frage des Zusammenhanges der anzunehmenden Epilepsie mit dem Unfallereignis vom 18. Mai 2003 ebenso wie die Natur der Anfälle selbst nicht ohne letzte Zweifel erklären. Noch immer fehle das in den Tagen nach dem Unfall erstellte CT. Wie schon im letzten Gutachten ausgeführt, erlaube damit die dargelegte Befundlage weder den eindeutigen Nachweis noch den Ausschluss einer posttraumatischen epileptogenen Hirnpathologie. Sei der Beschwerdeführer für die nach dem Unfall inkomplette Aktenlage nicht verantwortlich zu machen, so sei aufgrund der Anamnese und Befundlage auch im [Zitat] «Sinne des «in dubio pro...» eine Verursachung der anzunehmenden Epilepsie durch ein Schädel-Hirntrauma sehr wahrscheinlich» [Zitatende, Urk. 10/85/5]. Demzufolge diagnostizierten die Ärzte einen hochgradigen Verdacht auf eine posttraumatische Epilepsie mit einfach-fokalen und sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (ICD-10: G40.2, Urk. 10/85/4). Aus psychiatrischer Sicht könne diagnostisch von einer Anpassungsstörung mit anfallsphobischer Angst und Depressivität ausgegangen werden, deren Behandlung jedoch insuffizient bzw. noch optimierungsfähig scheine. Allerdings sei aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers davon auszugehen, dass er hierfür wenig oder gar nicht motiviert sei (Urk. 10/85/5). In der Tätigkeit als Carchauffeur sei er bis auf Weiteres fahruntauglich. Demgegenüber seien ihm Tätigkeiten ohne Arbeiten auf Gerüsten oder Leitern und ohne das Hantieren an gefährlichen Maschinen bzw. das Fahren von Fahrzeugen vollzeitig zumutbar (Urk. 10/85/6).

3.18 Am 13. März 2007 (Urk. 11/10) berichtete Dr. P., der Beschwerdeführer habe sie erneut aufgesucht und über diffuse Schmerzen im Handgelenk, Vorderarm- und distalen Oberarm- sowie im gesamten Schulterbereich geklagt. Bei aktuell fehlender Relevanz sei von einer weiteren radiologischen Untersuchung des Handgelenkes abzusehen, insbesondere auch weil nicht die Beschwerden im Handgelenk, sondern jene im Schultergürtelbereich vorrangig seien. Bei bekannter Epilepsie bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.19 Dr. med. R., Konsiliarpsychiater der Beschwerdegegnerin, hielt am 3. Mai 2007 (Urk. 10/91) dafür, die von der F.-Klinik beschriebene Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22) sei als eher leichte psychische Störung zu werten, welche einer beruflichen Wiedereingliederung nicht im Wege stehe.

3.20 Kreisarzt Dr. E. untersuchte den Beschwerdeführer am 11. April 2007 (Bericht vom 12. April 2007, Urk. 11/13) erneut. Dieser beklagte diffuse Schmerzen im linken Handgelenk (Urk. 11/13/2); manchmal nehme er deshalb Ponstan ein. Er lebe von den SUVA-Taggeldern und dem Einkommen seiner Ehefrau, was für ihn ein immer grösser werdendes soziales Problem geworden sei, da er früher sehr gut verdient habe. Dr. E. stellte ein unauffälliges Bewegungsmuster, eine freie Beweglichkeit in Ellbogen- und Fingergelenken sowie eine feine Handbeschielung beidseits und erhaltene

Muskeltrophik an Vorderarmen und Händen fest. Offensichtliche Atrophien fehlten. Am linken Handgelenk erwiesen sich der radio-carpale Gelenkspalt und der Tabatière als druckdolent, der Bewegungsumfang als eingeschränkt (Urk. 11/13/3). Der Kreisarzt hielt dafür, die Befunde seien sehr diskret. Was das linke Handgelenk betreffe, so seien dem Beschwerdeführer wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeiten mit vereinzelt Zusatzbelastungen von 15 - 25 kg vollzeitlich und vollschichtig zumutbar. Der linke Arm sei als Hilfsarm vollumfänglich einsetzbar. Ungünstig seien demgegenüber kraftvolles Zupacken, repetitive, kraftvolle Stoss-, Zug- und Drehbewegungen, wobei der Bewegungsumfang des linken Armes in der Gesamtheit nicht eingeschränkt sei (Urk. 11/13/5).

3.21 Eine Magnetresonanztomographie (MRT) der linken Schulter visualisierte am 7. April 2008 (Urk. 10/112/3) eine Verletzung der Rotatorenmanschette, wobei ein kompletter Riss der Supraspinatussehne ventral und ein partieller peripherer Einriss der Subscapularissehne sowie eine geringe AC-Gelenksarthrose festzustellen waren.

3.22 Dr. I. hielt am 21. April 2008 (Urk. 10/112/1) dafür, der Riss der Rotatorenmanschette sei auf das Unfallereignis am 1. Juli 2005 zurückzuführen, habe der Beschwerdeführer doch immer über Schulter- und Oberarmbeschwerden links geklagt.

3.23 Die Ärzte der Uniklinik K. erklärten mit Bericht vom 15. Juli 2008 (Urk. 11/47/1-2), der Beschwerdeführer habe anlässlich des Sturzes im Juli 2005 ein indirektes Schultertrauma erlitten, welches initial zu wenig Beachtung gefunden habe. Im Weiteren Verlauf hätten dann die Schulterschmerzen links mit gleichzeitiger Kraftminderung zugenommen, und schliesslich sei am 7. April 2008 eine Läsion der Rotatorenmanschette diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer habe sich vorerst für eine konservative Therapie entschieden.

Am 5. September 2008 erfolgte die operative Sanierung der Rotatorenmanschette in der Uniklinik K. (Urk. 11/50), in deren Folge eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 14. Dezember 2008 attestiert wurde (Urk. 3/5-6).

3.24 SUVA-Versicherungsmediziner Dr. J. hielt in Beurteilung der aufliegenden Akten am 9. Dezember 2008 (Urk. 9) dafür, deren gezielte Durchsicht habe keinerlei Hinweis dafür ergeben, dass der Beschwerdeführer eine Schulterverletzung - weder links noch rechts - erlitten habe. Der Beschwerdeführer sei anschliessend an die Ereignisse vom 18. Mai 2003 und 1. Juli 2005 mehrfach untersucht worden und habe dabei jeweils auch Gelegenheit bekommen, sich zu allfälligen Schulterbeschwerden zu äussern. Mit Ausnahme der radiologischen Abklärung vom Januar 2006 der linken Schulter und des linken Ellbogens gebe es keine Anzeichen dafür, dass eine Schulterverletzung - insbesondere nicht im Zusammenhang mit SUVA-versicherten Ereignissen - vermutet worden sei. Kreisarzt Dr. E. habe denn einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 1. Juli 2008 als bloss möglich erachtet. Zusammenfassend könne die Rotatorenmanschettenläsion mithin nicht in einen überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang mit einem der genannten Ereignisse gestellt werden (Urk. 9 S. 4).

3.25 Mit Schreiben vom 6. März 2009 (Urk. 17/5) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erklärten die Ärzte der Uniklinik K., bezüglich der Rotatorenmanschettenruptur sowie der Scaphoidfraktur wäre es ohne Sturz am 1. Juli

2005 zu keiner Schädigung gekommen. Unfallfremde Faktoren seien nicht ersichtlich.

3.26 Dr. I. \_\_\_ notierte, ebenfalls in Beantwortung der von Rechtsanwalt Patzk gestellten Fragen (Urk. 17/4), die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers seien einwandfrei auf das Ereignis vom 1. Juli 2005 zurückzuführen. Unfallfremde Faktoren seien nicht vorhanden. Die Frage, ob unfallfremde Faktoren vorliegen, welche sich ohne Unfall nicht ausgewirkt hätten, zusammen mit dem Unfall jedoch den Schaden vergrösserten, beantwortete er mit „vielleicht“. Er gab zu bedenken, dass diese Frage rein hypothetisch sei und weder bestätigt noch widerlegt werden könne. Im Alter des Beschwerdeführers gebe es altersbedingte degenerative Veränderungen im Schulterbereich, wobei hervorzuheben sei, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich nie Beschwerden gehabt habe. Diese seien erst nach dem Unfall aufgetreten. Zudem spreche der Unfallmechanismus für eine unfallbedingte Läsion.

#### E. 4

4.1 Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, den Fall per 1. Juli 2007 abzuschliessen, wenngleich sich der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt aufgrund der Rotatorenmanschettenläsion - welche seinem Vorbringen zufolge im Ereignis vom 1. Juli 2005 gründet (Urk. 1 S. 4) - noch in ärztlicher Behandlung befand.

4.1.1 Gemäss Darstellung des Beschwerdeführers erlitt dieser eine Scaphoidfraktur an der linken Hand, als er im Rahmen eines epileptischen Anfalles am 1. Juli 2005 im Badezimmer stürzte (Erw. 3.8). Eine Unfallmeldung ist nicht aktenkundig. Dem Operationsbericht vom 14. Juli 2005 fehlen jegliche Hinweise dazu, dass sich der Beschwerdeführer auch an der Schulter verletzt hätte oder diese durch den Sturz in Mitleidenschaft gezogen worden wäre (Erw. 3.8). Auch Dr. E. \_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 22. Juli 2005 untersuchte, hielt in seinem Bericht keinerlei Klagen über Schulterbeschwerden fest. Im Gegenteil erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem Kreisarzt, als langjähriger Carchauffeur seien ihm Spannungszustände im Nacken-, Hals- und Rückenbereich bekannt. Aussergewöhnliche Schmerzen verspüre er nicht im Nackenbereich. Dr. E. \_\_\_ erhob in der Folge eine freie Schulterbeweglichkeit und erachtete den Status quo sine in Bezug auf die HWS-Problematik als erreicht (Erw. 3.9). Dem Unfallereignis vom 1. Juli 2005 zeitnahe Schulterbeschwerden sind mithin nicht ausgewiesen.

Ebenso fehlen entsprechende Hinweise in Bezug auf das erste Unfallereignis vom 18. Mai 2003. Dass der Beschwerdeführer ab und zu Schmerzen in der Schulter verspürt habe, ergibt sich erstmals aus dem Bericht der F. \_\_\_-Klinik, wo sich der Beschwerdeführer vom 26. Oktober bis zum 17. November 2005 aufhielt. Erklärte er jedoch, die Schmerzen seien wahrscheinlich altersbedingt und nicht so schlimm (Erw. 3.11), blieb die Ultraschalluntersuchung vom 24. Januar 2006 ohne pathologischen Befund (3.12) und fehlen den nachfolgenden Berichten des behandelnden Arztes Dr. I. \_\_\_ jegliche Hinweise auf Schulterbeschwerden (Erw. 3.13, 3.16), so hat Dr. J. \_\_\_ zu Recht einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der Rotatorenmanschettenläsion mit den Ereignissen vom 18. Mai 2003 und 1. Juli 2005 verneint (Erw. 3.24). Daran vermögen die diesbezüglichen Ausführungen der Ärzte der Uniklinik K. \_\_\_ (Erw. 3.25) und von Dr. I. \_\_\_ (3.26) nichts zu ändern, verfügten die Ärzte doch entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Erw. 1.2) nicht

Über die notwendigen Vorakten (vgl. Urk. 17/3-4). Ihren Berichten fehlt es bereits aus dieser Sicht am Beweiswert, während dem Dr. J. über die gesamten Akten verfügte und seine Beurteilung schlüssig und nachvollziehbar begründet ist (Erw. 2.4). Auch mit Blick auf die Aktenlage ergibt sich keinerlei Grund, von der Beurteilung von Dr. J. abzuweichen. Soweit Dr. I. im Äusseren geltend machte, der Beschwerdeführer habe vor dem fraglichen Unfallereignis nie an (Schulter)Beschwerden gelitten (Erw. 3.26), läuft dies auf einen unzulässigen Äusserpost hoc, ergo propter hoc-Schluss hinaus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2009 i.S. Z., 8C\_1051/2008 Erw. 3.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu Recht hat damit die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen im Zusammenhang mit der Rotatorenmanschettenläsion verneint.

4.1.2 Ä Ä Dass der Fall verfrüht abgeschlossen worden wäre, ergibt sich auch nicht aus Sicht der weiteren, vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Bereits am 31. Mai 2006 hatte Dr. G. eine leichte Arbeit in Bezug auf die Fraktur der linken Hand als vollumfänglich zumutbar erachtet (Erw. 3.14). Kreisarzt Dr. E. erhob im April 2007 einzig noch sehr diskrete Befunde, welche - wiederum das linke Handgelenk betreffend - eine wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeit vollzeitig und vollschichtig zuliesse (vgl. Zumutbarkeitsprofil; Erw. 3.20). Schliesslich hatten Dr. P. und Q., Spital H., die Kooperation des Beschwerdeführers schon im August 2006 als mässig bezeichnet und berichtet, dieser habe aufgrund der Schwellungstendenz keine Therapien mehr ausgeführt (Erw. 3.15). Dass weitere medizinische Massnahmen in Bezug auf die linke Hand unter Ausschluss der später hinzugetretenen Schulterbeschwerden noch zu einer namhaften Verbesserung (Erw. 2.1) hätten führen können, steht damit ausser Frage.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch in Bezug auf die Epilepsie - deren Unfallkausalität im Äusseren zweifelhaft erscheint (vgl. nachfolgend Erw. 4.2) - ergeben sich keine Anhaltspunkte aus den Akten, welche einem Fallabschluss entgegenstanden hätten.

4.1.3 Ä Ä Die Ränge des verfrühten Fallabschlusses geht mithin fehl.

4.2 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer hat die dem Entscheid der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegten Zumutbarkeitsbeurteilungen (vgl. Urk. 11/37) nicht beanstandet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dazu würde denn die Aktenlage auch keinerlei Anlass geben, ergibt sich doch aus psychiatrischer Sicht, dass der Bericht von Dr. N. nicht mehr aktuell ist und bleibt zudem unklar, ob die von ihr genannten psychosozialen Faktoren korrekt ausgeschieden wurden. Zudem versäumte es die Ärztin, genaue Angaben zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit zu machen (Erw. 3.10). Mit Blick auf die widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers selber anlässlich der Begutachtung in der F.-Klinik - er führte aus, das Haus kaum mehr zu verlassen, schilderte aber gleichzeitig, täglich in seine Firma zu fahren und sich nachmittags ab und zu mit Freunden zu treffen (Erw. 3.11) -, ist auf die Beurteilung von Dr. R. (Erw. 3.19), die geschilderte psychische Störung sei als leicht zu werten und stehe einer beruflichen Wiedereingliederung nicht im Wege, abzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Des Weiteren bleibt darauf hinzuweisen, dass die von der Beschwerdegegnerin behauptete Unfallkausalität der (anzunehmenden) Epilepsie mit Blick

auf die Aktenlage mehr als fraglich ist, konnte doch in der Schweiz nie ein objektiver Befund erhoben werden, und ereigneten sich die Anfälligkeiten des Beschwerdeführers fast ausschliesslich während dessen Alleinseins, womit Fremdbeobachtungen fehlen. Zudem mutet es seltsam an, dass die Epilepsie nur in Z. \_\_\_ klinisch festzustellen war, die Dokumente der bildgebend durchgeführten Untersuchungen aber nicht erhältlich zu machen beziehungsweise nicht auffindbar sind. Erklärten die Ärzte der F. \_\_\_-Klinik schliesslich, die Befundlage erlaube weder den Nachweis noch den Ausschluss einer posttraumatischen epileptogenen Hirnpathologie (Erw. 3.17), ist die Bejahung der natürlichen Kausalität um so schwerer nachvollziehbar.

Angesichts der von Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ erhobenen nurmehr sehr diskreten Befunde drängen sich zum Zumutbarkeitsprofil in Bezug auf die linke Hand (vgl. Erw. 3.20) keine weiteren Ausführungen auf.

4.3. Ferner vermag, was der Beschwerdeführer die Festsetzung des versicherten Verdienstes betreffend vorbrachte (Erw. 1.2), nicht zu überzeugen, geschweige denn die Berechnung der Beschwerdegegnerin in Frage zu stellen. Weder legte der Beschwerdeführer Unterlagen ins Recht, welche ein höheres Einkommen, als von der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegt, ausweisen, noch gibt es Hinweise dafür, dass der vom ihm erzielte Tageslohn von Fr. 200.-- (Urk. 10/102) nicht dem berufs- und ortsüblichen Lohn entsprochen hätte. Ist der ortsübliche Lohn nicht nur in Abhängigkeit der entsprechenden Funktion, sondern auch in Berücksichtigung von Leistung und Arbeitszeit festzulegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 29. August 2002 i.S. vom H., U 48/02, Erw. 2.c), war der Beschwerdeführer nur tageweise im Einsatz (vgl. Urk. 10/102; im Durchschnitt zwei Tage monatlich) und lebte bloss teilweise in der Schweiz (Urk. 10/13), so ist die Berechnung des versicherten Verdienstes durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 10/102 in Verbindung mit Urk. 10/104-105) nicht zu beanstanden. Im übrigen beschränkt sich das Vorbringen, der Beschwerdeführer besitze an der Y. \_\_\_ AG einen Aktienanteil von 18 % (Urk. 10/10/1), auf eine bloss Behauptung. Belege dazu fehlen gänzlich.

Damit erweist sich die Festsetzung des versicherten jährlichen Verdienstes von Fr. 5'640.-- bzw. an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2005 angepasst von Fr. 5'710.-- (Urk. 11/37/1) als korrekt.

4.4. Zu Gunsten des Beschwerdeführers hat schliesslich die Beschwerdegegnerin der Berechnung des Invaliditätsgrades ein mittels Tabellenwerten errechnetes Valideneinkommen von Fr. 58'975.-- zugrunde gelegt, und bei einem ebenfalls mittels Tabellenwerten festgesetzten Invalideneinkommen von Fr. 45'020.-- unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 25 % einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 24 % ermittelt (vgl. Urk. 11/37/2). Zu Recht hat der Beschwerdeführer hiergegen keine Einwände vorgebracht, erscheint diese Bemessung - insbesondere die Berücksichtigung des gesetzlichen Leidensabzuges von 25 % - als sehr wohlwollend. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich damit.

5. Mithin steht fest, dass dem Beschwerdeführer über die bereits von der Beschwerdegegnerin grosszügig bemessenen Leistungen hinaus keine weiteren Ansprüche aus der Unfallversicherung mehr zustehen, weshalb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Miroslav Paták

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.