

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00133 vom 26. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00133

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00133 du 26 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00133 del 26 agosto 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen liess X. am 3. April 2009 durch Rechtsanwalt Bernhard Zollinger Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die vollen Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei die Sache im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen. In prozessualer Sicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und um Bestellung von Rechtsanwalt Zollinger zum unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1 S. 2).

2.2. Mit Beschwerdeantwort vom 17. August 2009 (Urk. 11 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 12/1-104) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde.

2.3. Mit Verfügung vom 20. August 2009 (Urk. 13) wurde Rechtsanwalt Zollinger als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. Replicando hielt der Beschwerdeführer am 31. August 2009 (Urk. 15) an seinen Anträgen fest, währenddem die Beschwerdegegnerin am 15. September 2009 (Urk. 18) auf eine einlässliche Duplik verzichtete.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid dafür, eine leichte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ganztags möglich. Unter Zugrundelegung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % ergebe sich damit ein Rentenanspruch von 14 % (Urk. 2 S. 4). Was die psychische Stellung betreffe, so sei offensichtlich, dass diese weitgehend die Unfallrestfolgen bestimme, weshalb gestützt auf die Rechtsprechung zur psychischen Fehlverarbeitung nach Unfall deren Adäquanz zu prüfen sei (Urk. 2 S. 4). Diese Prüfung ergebe, dass die Adäquanz zu verneinen sei, weshalb das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden sei (Urk. 2 S. 5). Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin aus, aus dem angefochtenen Entscheid sei klar ersichtlich, dass gestützt auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 11. April 2008 von einem Endzustand sowie von einer Restarbeitsfähigkeit von 100 % in einer leichten Tätigkeit ausgegangen worden sei. Damit sei der Begründungspflicht Genüge getan worden (Urk. 11 S. 2).

1.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe durch eine mangelhafte Begründung das

wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 3

3.1 Nach dem der Beschwerdeführer am 24. August 2006 von einem herunterstürzenden, etwa 400 bis 500 kg schweren Kartonballen an Nacken und Rücken getroffen worden war (vgl. Polizeirapport vom 12. September 2006, Urk. 12/8/4/16), klagte er - nach anamnestic kurzem Bewusstlosigkeit - über heftigste Schulter- und Nackenschmerzen sowie über ein Kribbeln in beiden Händen (Bericht des Kreispitals F. ___ vom 8. September 2006, Urk. 12/4/2). Wenngleich vorerst keine ossären Läsionen festgestellt werden konnten, ergaben sich im Verlauf (1) eine frische ossäre Läsion bei Th3, fraglich bei Th2 und Th4, (2) eine Diskopathie bei C3/4 mit Myelonkontusion C3/4, (3) ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom, (4) eine Schulterkontusion rechts sowie (5) der Verdacht auf eine Facettengelenksfraktur C6/7.

3.2 Am 7. September 2006 wurde am Spital A. ___, in welches der Beschwerdeführer zwecks weiterer Diagnostik und Therapie verlegt worden war (Urk. 12/4/2), die Diagnose einer einseitig reitenden HWK 6/7-Luxationsfraktur gestellt und erfolgten deren offene Reposition, eine Laminektomie C6 rechts, eine Fragmentextraktion, eine dorsale Spondylodese C6/7 sowie eine Spongiosaplastik am hinteren Beckenkamm (Urk. 12/5/3). Bei im CT gezeigten regelrechten Stellungsverhältnissen wurde der Beschwerdeführer am 13. September 2006 nach Hause entlassen (Urk. 12/5/2).

3.3 Trotz regelmässig durchgeführter Physiotherapie klagte der Beschwerdeführer anlässlich der Routineuntersuchung vom 24. Oktober 2006 (Urk. 12/6) über starke Muskelverspannung vor allem in der rechten Schulter mit Kraftminderung im gesamten Arm nach längerer Belastung. Zudem bestanden weiterhin Sensibilitätsstörungen im rechten Arm und der linken Hand sowie eine strumpfförmige Sensibilitätsstörung an beiden Beinen bis zu den Knien. Die Ärzte des Spitals A. ___ hielten dafür, klinisch und radiologisch zeige sich keine Ursache für die geklagten Beschwerden.

3.4 Ein am 1. November 2006 durchgeführtes MRI der HWS zeigte einen Status nach Spondylodese dorsal C6/C7, eine minimale Anterolisthese von C6 auf C7, multisegmentale mediale Diskushernien C3-C6 mit Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes und Kontakt zum Myelon, eine Signalalteration auf Höhe C3/4, DD Myelopathie, sowie kleinere Diskushernien ohne Beeinträchtigung der neuralen Strukturen C7 bis Th3 (Urk. 12/9/2).

3.5 Die neurologische Untersuchung am Spital A. ___ (Bericht vom 18. Dezember 2006, Urk. 12/31) führte zu den Diagnosen eines sensiblen Niveaus mit Hyp-, Dysästhesie und Schmerzen sub C3 bei posttraumatischer Myelopathie C3/4 und multisegmentalen medialen Diskushernien, Status nach Spondylodese C6/7 bei Facettengelenksfraktur, klinisch zweitem sensiblen Niveau für Schmerz und Temperatur sub Th4, Gangataxie und Pyramidenbahnzeichen linksbetont sowie Blasen- und fraglich Mastdarmstörung. Die Ärzte führten aus, die Anamnese und klinischen Befunde seien durch die sich im MRI darstellende Myelopathie auf Höhe C3/4 erklärt. Bei angesichts

des Unfallmechanismus auch möglichlicher thorakaler posttraumatischer Diskushernien sei noch ein MRI der Brustwirbelsäule (BWS) angemeldet worden (Urk. 12/31/2).

3.6. Vom 30. Januar bis zum 7. März 2007 (Urk. 12/25) hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik B. auf. Ein im Rahmen dieser Rehabilitation am 6. März 2007 angefertigtes MRI der HWS (Urk. 12/25/11-12) vermochte keinen Nachweis einer Myelopathie mehr zu liefern. Die Ärzte hielten fest, es beständen ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom, eine eingeschränkte psychophysische Belastbarkeit und schnelle Ermüdung sowie eine beeinträchtigte Daueraufmerksamkeit in Zusammenhang mit den Schmerzen, der psychopathologischen Problematik und auch medikamentös bedingten erhöhten Müdigkeit. Der kooperative und differenzierte Beschwerdeführer sei nur wenig belastbar und noch zu keiner kontinuierlichen geistigen oder körperlichen Anstrengung fähig. Insgesamt seien die Beschwerden aufgrund der aktuellen Befundkonstellation aus organisch-somatischer Sicht und unter Berücksichtigung der psychischen Problematik nachvollziehbar (Urk. 12/25/3). Die Befunde präsentierten sich bei Austritt verglichen mit dem Eintrittsstatus im Wesentlichen unverändert (Urk. 12/25/6). Nach den geplanten bildgebenden Kontrolluntersuchungen und sofern die medizinischen Befunde keine Kontraindikation ergäben, werde ein erneuter stationärer Aufenthalt zur Steigerung der Belastbarkeit in der berufsorientierten Therapie vorgeschlagen (Urk. 12/25/3).

Die am 1. Februar 2007 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung führte zur Diagnose einer Anpassungsstörung mit psychotraumatologischen Elementen (ICD-10: F43.23), wobei Angstzustände, Anspannung, Nervosität und Trauer über den Verlust der körperlichen Integrität und der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund ständen (Urk. 12/25/7).

3.7. Initiiert durch die Rehaklinik B. (Urk. 12/25/2) besuchte der Beschwerdeführer ab dem 15. März 2007 die ambulante psychiatrische Ergotherapie zur Tagesstrukturierung, Stabilisierung und Steigerung der Belastbarkeit, was ihm offenbar aber nicht gefiel (Urk. 12/26), weshalb er diese zugunsten einer Physiotherapie (Urk. 12/28) aufgab (Urk. 12/29).

3.8. Mit Bericht vom 19. Mai 2007 (Urk. 12/34) zeigte Dr. med. G., Urologie Spital A., die vollständige Regredienz der irritativen Miktionsbeschwerden an.

3.9. Anlässlich eines Gespräches mit H., Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin, erklärte der Beschwerdeführer am 8. Juni 2007 (Urk. 12/35), man habe mit ihm am 6. oder 7. Mai 2007 im Spital A. den MRI-Befund besprochen. Es sei ihm dargelegt worden, dass keine Operation mehr erfolgen würde, solange er die Schmerzen aushalte. Das Problem sei, dass an verschiedenen Stellen operiert werden müsste.

3.10. Das im Rahmen eines erneuten stationären Aufenthalts in der Rehaklinik B. (11. Juli bis 5. September 2007, Urk. 12/46) angefertigte MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) visualisierte im Segment LWK5/SWK1 degenerative Veränderungen sowie eine dorsomediane breitbasige Bandscheibenprotrusion, wobei das Bandscheibengewebe nach dorsal bis an die linke Nervenwurzel S1 heranrage und zu einer Irritation derselben führe. An der HWS liessen sich zur Voruntersuchung vom 6. März 2007 keine wesentlichen Veränderungen feststellen. Unverändert beständen multiple Protrusionen (noch) ohne Nachweis eines Myelopathiesignales (Urk. 12/46/14-15).

Wenngleich sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers durch den Aufenthalt etwas verbessert habe, hätten sich keine Verbesserung der Symptomatik und keine Steigerung der Belastbarkeit erzielen lassen. Zwar habe der Beschwerdeführer im berufsorientierten Training selbständig gearbeitet und sich motiviert gezeigt. Vom Ressourcen-orientierten, Coping-Strategien aufbauenden körperlichen Training habe er aber nur minimal profitieren können (Urk. 12/46/3). Die Ärzte hielten dafür, die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Was eine angepasste Arbeit betreffe, so lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden und bildgebenden Abklärungen aus somatischer Sicht nicht vollumfänglich erklären. Aktuell wären höchstens leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar, wobei Überkopparbeiten, längeres Gehen, Stehen oder Sitzen zu vermeiden seien. Demgegenüber betrachte sich der Beschwerdeführer als grundsätzlich arbeitsunfähig. Aufgrund des bisher ungünstigen Verlaufs sei nicht mit einer weiteren Steigerung der Belastbarkeit oder Verbesserung des Zustandes zu rechnen, zumal das aktuelle Beschwerdebild wesentlich durch ein maladaptives Bewältigungsmuster geprägt sei (Urk. 12/46/2).

3.11.1 Der Beschwerdeführer selber berichtete, der erneute Aufenthalt in der Rehaklinik B. habe nicht zu einer Verbesserung geführt. Im Gegenteil hätten vor allem die Kopf- und Rückenschmerzen zugenommen (Urk. 12/51).

3.12.1 Am 7. Januar 2008 (Urk. 12/59) erstattet Dr. C., Rehaklinik B., einen ambulanten Bericht. Der Beschwerdeführer habe insbesondere über Schmerzen in der linken Schulter und Kopfschmerzen geklagt. Etwa zweimal monatlich müsse ihm sein Hausarzt wegen der Schmerzen eine Spritze verabreichen, was ihm jeweils für die Dauer von einem bis zwei Tage Linderung verschaffe. Nachdem ihm sein Hausarzt von einer weiteren Operation abgeraten habe, habe er von der Einholung einer Zweitmeinung abgesehen. Die Ärztin erklärte, die Hauptproblematik bestehe in den zunehmenden und sich weiter ausbreitenden Schmerzen. Obgleich beim Unfall organisch-somatische Läsionen verursacht worden seien, so stehe derzeit die psychische Problematik, welche durch eine insuffiziente Schmerzverarbeitung, Passivität, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, passives Zuwarten und Hoffen auf Hilfe von aussen gekennzeichnet sei, weiterhin im Vordergrund. Darüber hinaus scheine der Beschwerdeführer auch durch die psychosoziale Situation belastet zu sein. Die vom Beschwerdeführer als am schlimmsten bezeichneten Kopfschmerzen entsprächen am ehesten Spannungskopfschmerzen, wobei auch ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz nicht ausgeschlossen werden könne. Dr. C. empfahl eine ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung, das Absetzen der Analgetika sowie die Durchführung eines MRI des Kopfes. Von weiteren medizinischen Massnahmen, insbesondere von einer Operation, sei keine Besserung zu erwarten. Die Hauptproblematik verlagere sich immer mehr in den psychischen Bereich, welcher entsprechend therapiert werden sollte. Damit sei aus medizinisch-theoretischer Sicht ein baldiger Fallabschluss zu empfehlen (Urk. 12/59/2).

3.13.1 Die MRI-Untersuchung des Kopfes vom 5. März 2008 (Urk. 12/67) lieferte einen altersentsprechenden Befund. Als Nebenbefund zeigten sich Hinweise auf eine (Pan)Sinusitis.

3.14 Am 11. April 2008 (Urk. 12/72) untersuchte Kreisarzt Dr. D. den Beschwerdeführer. Der Arzt nannte eine Zervikozephalgie nach HWS-Trauma mit ossärer Läsion Th3, fraglich Th2 und Th4 sowie Facettengelenksfraktur C6/7, ein lumbovertebrales Syndrom mit fraglicher radikulärer S1-Symptomatik (degenerativ bedingt, unfallfremd), ein chronisches Schmerzsyndrom sowie eine Depression. Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein ausgedehntes Beschwerdebild gezeigt, welches in seinem Umfang und in seiner Intensität mit den Unfallfolgen nicht erklärt werden könne. Was die Verletzung der HWS betreffe, so gebe es keine wirklich gesicherten neurologischen Defizite. Das als fraglich diskutierte S1-Syndrom sei degenerativer Art. Dr. D. führte im Weiteren aus, die beobachteten Befunde und Verhaltensauffälligkeiten sowie die Schmerzsymptomatik schienen sich zunehmend dem Bild eines chronischen Schmerzsyndroms bei Schmerzverarbeitungsstörung unterzuordnen und sich von den erklärbaren Restbeschwerden nach den genannten Verletzungen abzukoppeln. Die körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit als Lagermitarbeiter sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (Urk. 12/72/4). Körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne häufige Rotationsbewegungen im Bereich der HWS, Überkopfarbeiten oder gleichförmige Körperhaltungen über 45 Minuten und das Besteigen von Treppen mit zusätzlichem Lastentragen seien zu vermeiden. Der Einschätzung von Dr. D. zufolge werde der Beschwerdeführer durch die psychiatrisch gesicherte Diagnose wesentlich deutlicher (wohl: als durch die somatischen) eingeschränkt (Urk. 12/72/5).

Unter Berücksichtigung der radiologischen Befunde an der HWS, der geklagten Schmerzen sowie der durchgeführten Spondylodese schätzte der Kreisarzt den Integritätsschaden auf insgesamt 20 % (Urk. 12/73).

3.15 Mit Bericht vom 17. April 2008 (Urk. 12/75) diagnostizierte med. pract. E. eine chronisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.2), sowie eine sonstige somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.9). Der Beschwerdeführer sei durch seine Schmerzproblematik dermassen eingeschränkt, dass er kaum arbeitsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht verunmögliche ein starkes Konzentrations- und Gedächtnisdefizit eine geregelte Tätigkeit. Wann die Arbeit wieder aufgenommen werden könne, sei unklar.

3.16 Dr. med. I., Innere Medizin FMH, Hausarzt des Beschwerdeführers, bezeichnete am 18. Juni 2008 (Urk. 12/82) die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit als unbestimmt.

E. 4

4.1 Zwar erhellt aus den aufliegenden ärztlichen Berichten, dass die mittels Spondylodese versorgte Fraktur C6/7 in regelrechter Stellung verheilte (Erw. 3.2). Im weiteren Verlauf persistierten jedoch die Beschwerden, wofür - nachdem die Ärzte des Spitals A. im Oktober 2006 vorerst keine Ursache hatten benennen können (Erw. 3.3) - im Dezember 2006 eine posttraumatische Myelopathie verantwortlich gemacht wurde (Erw. 3.5). Bereits im März 2007 war indes offenbar kein solcher Nachweis einer Myelopathie mehr zu erbringen (Erw. 3.6). Dennoch erachteten die Experten der Rehaklinik B. die Beschwerden aus organisch-somatischer Sicht und unter Berücksichtigung der psychischen Problematik als nachvollziehbar (Erw. 3.6). Weder

ergibt sich aber aus ihrem Bericht, welche somatische Ursache die Beschwerden (teilweise) zu erklären vermochte, noch ob der Status quo sine betreffend die Myelopathie erreicht war. Klar scheint einzig, dass eine organisch-somatische Beeinträchtigung zu bejahen war. Im Weiteren fällt auf, dass sich keinerlei Aufzeichnung dazu findet, ob die von den Neurologen des Spitals A.____ mit dem Hinweis auf mögliche thorakale posttraumatische Diskushernien empfohlene (Erw. 3.5) MRI-Untersuchung der BWS durchgeführt wurde, und wenn ja, welche Befunde dabei resultierten. Zwar wies der Beschwerdeführer auf eine Besprechung eines MRI-Befundes hin (Erw. 3.9). Genaueres dazu lässt sich in den Akten jedoch nicht finden. Wenngleich praktisch alle Diskushernien Folge degenerativer Bandscheibenveränderungen sind und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen (Unfallereignis von besonderer Schwere und Eignung, unverzügliches Auftreten eines vertebrale oder radikale Syndroms; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2008, i.S. L., 8C_281/2007, Erw. 5.2.1) in Betracht fällt, fehlen klare Hinweise und allfällige ärztliche Stellungnahmen dazu. Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als die Neurologen des Spitals A.____ darauf hinwiesen, möglicherweise lagen auch thorakale posttraumatische Diskushernien vor (Erw. 3.5), was wohl soviel zu bedeuten hätte, als die diagnostizierten Diskushernien an der HWS ihrer Ansicht zufolge dem Unfallereignis zuzuschreiben wären. Ob dies mit Blick auf den medizinischen Wissensstand überhaupt zutreffen könnte (vgl. oben) oder vorliegend gar anzunehmen wäre, bleibt offen. Wäre dies zu verneinen, hätte sich - unter Umständen (auch) mit Blick auf die BWS oder LWS - allenfalls die Frage der Verschlimmerung eines Vorzustandes gestellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die Ausführungen des Kreisarztes vermögen nicht zu einer Klärung beizutragen. Obwohl sich bei fortschreitender psychiatrischer Problematik (Erw. 3.12) das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen nicht mehr vollumfänglich erklären liess (Erw. 3.10, 3.14), schien Dr. D.____ seiner Einschätzung dennoch eine unfallbedingte somatische Beeinträchtigung zugrunde zu legen (Erw. 3.14). Wie weit er aber die durch das Unfallereignis bedingte Leistungseinschränkung aus somatischer Sicht als erheblich betrachtete und welche somatischen Ursachen er dafür verantwortlich machte, ist seinem Bericht nicht abschliessend zu entnehmen. Zudem fehlt einerseits eine Abgrenzung zu den psychischen Leiden und andererseits eine genaue Angabe zum Umfang einer noch zumutbaren Verweistätigkeit. Ergänzend bleibt anzufügen, dass angesichts des Unfallherganges bezüglich der an der LWS erhobenen Diskushernie eine einlässlichere Begründung für deren fehlende Unfallkausalität wünschenswert wäre (Erw. 3.10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Erachteten schliesslich die Experten der Rehaklinik B.____ den Beschwerdeführer als kooperativ und differenziert (Erw. 3.6), arbeitete er gemäss ihren Aussagen in der zweiten Rehabilitationsphase selbstständig mit und zeigte sich motiviert (Erw. 3.10), so ist ihre Einschätzung, er habe ein maladaptives Bewältigungsmuster gezeigt (Erw. 3.10), insbesondere mit Blick auf die aufgeworfenen Fragen nicht ohne Weiteres einsichtig.

4.2 Ä Ä Ä Ä Mithin lässt sich gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen die unfallbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilen, weshalb sich der medizinische Sachverhalt als unvollständig erweist. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird in Ergänzung der aufliegenden Akten sowie unter Berücksichtigung der

kritisierten Punkte festzustellen haben, welche unfallbedingten somatischen Beeinträchtigungen (noch) vorliegen und wie weit diese und allfällige, unfallbedingte, psychische Beschwerden die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einzuschränken vermögen. Danach wird sie erneut über den Anspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 5. März 2009 gutzuheissen.

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens erörtern sich Ausführungen zu den weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers (Erw. 1.2).

5. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Mit Eingabe vom 24. August 2010 (Urk. 21) machte Rechtsanwalt Zollinger einen Aufwand von 10.33 Stunden zu Fr. 200.-- sowie Barauslagen von Fr. 79.50 zuzüglich 7.6 % MWSt und damit einen Gesamtaufwand von Fr. 2'309.20 geltend, was der Sache gerade noch als angemessen erscheint. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, Rechtsanwalt Zollinger, unentgeltlicher Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'309.20 (inkl. MWSt und Barauslagen) auszurichten.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 5. März 2009 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, SUVA, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch des Beschwerdeführers entscheide.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'309.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt unter Beilage des Einzahlungsscheins von Rechtsanwalt Zollinger

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während

folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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