

wurde dem Versicherten - nach einer Einstiegsphase von vier bis sechs Wochen bei 50%iger Belastung - eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in jeder leichten bis mittelschweren Arbeit ohne repetitive Arbeiten über Schulterhöhe attestiert.

1.1.4. Am 2. März 2008 teilte Dr. A. mit, dass er den Versicherten letztmals am 6. Dezember 2007 behandelt habe (Urk. 14/29/1). Damals habe dieser nur noch über belastungsabhängige Schmerzen geklagt; in Ruhestellung habe er keine Schmerzen mehr gehabt.

1.1.5. Am 6. Mai 2008 berichtete Dr. med. C., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, über ein Vorgespräch des Versicherten im Hinblick auf die tagestherapeutische Behandlung einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). Als aktuelle Beschwerden listete Dr. C. auf: Schmerzen an beiden Füssen, Unmöglichkeit, die Arme zu heben, HWS-Schmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Angst vor Autofahren, Gedankenkreisen (Urk. 14/51).

1.1.6. Am 3. Juni 2008 berichtete Dr. med. D., Neurologie FMH, dass von den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden sich lediglich der Schwindel zurückgebildet habe, nicht jedoch die Nacken- und Kopfschmerzen. Es bestehe immer noch ein Ruheschmerz, welcher bei jeder körperlichen Belastung zunehme. Die von ihm durchgeführte cerebro-vaskuläre Doppleruntersuchung und Duplex-Sonographie mit Farbcodierung zeigte keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Hinweise für traumatische Gefässschäden. Ohne Befund blieben auch die EEG-Untersuchung und die visuell evozierten Potentiale. Aufgrund des anamnestischen Befunds einer Erinnerungslücke nach dem Unfall äusserte Dr. D. die Vermutung, der Versicherte habe damals auch eine Commotio cerebri erlitten. Ansonsten ergab die Untersuchung eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Auffälle fanden sich keine (Urk. 14/44).

1.1.7. Am 28. Juli 2008 berichtete Dr. med. E., Ophthalmologie FMH, dass sie anlässlich ihrer Untersuchung keinen pathologischen ophthalmologischen Befund habe erheben können (Urk. 14/52).

1.2. Mit Verfügung vom 6. Oktober 2008 stellte die SUVA ihre Leistungen per 30. September 2008 ein, da die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar und die psychischen Beschwerden keine adäquate Unfallfolge seien (Urk. 14/65).

1.3. Dagegen erhob der Versicherte am 5. November 2008 Einsprache mit dem Rechtsbegehren, es seien ihm unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung weiterhin Taggelder auszurichten (Urk. 14/74).

1.3.1. Im Rahmen des Einspracheverfahrens legte Kreisarzt Dr. med. F., Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, in seiner Beurteilung vom 18. März 2009 dar, dass keinerlei ossäre Läsionen und keine neurologischen Defizite hätten festgestellt werden können. Es gebe ebenso wenig elektrophysiologische Hinweise auf ein somatisch-organisch fassbares Korrelat für Brennschmerzen an den Fusssohlen wie otoneurologische Befunde für einen Schwindel. Bei fehlenden strukturell-organischen Läsionen sei davon auszugehen, dass nicht nachweisbare Unfallfolgen im Regelfall nach

Schmerzen notwendigen Ressourcen verfährt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.2.4.4 In seinem zur Publikation vorgesehenen Urteil 9C_510/2009 vom 30. August 2010 wies das Bundesgericht zunächst darauf hin, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht bereits mit BGE 132 V 65 E. 4 S. 70 ff. beschlossen habe, die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien analog anzuwenden. In Bezug auf Chronic Fatigue Syndrome oder Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149, I 9/07 E. 4) sowie dissoziative Bewegungsstörung (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) gelangte das Bundesgericht zum selben Schluss. In SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 4.2 schliesslich bestätigte das Bundesgericht die Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter anhaltender somatoformer Schmerzstörungen bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes und vergleichbaren pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zuständen, nachdem es sich eingehend mit der daran geübten Kritik auseinandergesetzt hatte (vgl. Urteil 9C_510/2009 vom 30. August 2010 E. 3.2.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den Erwägungen 3.2.2 und 3.2.3 des Urteil 9C_510/2009 vom 30. August 2010 führte das Bundesgericht weiter aus, dass sich in seiner Rechtsprechung zahlreiche Fälle finden, welche belegten, dass eine Distorsion der HWS sehr oft in eine chronifizierte Schmerzproblematik, dabei insbesondere in eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, münde. Aus Gründen der Rechtsgleichheit sei es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (Urteil I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), und rechtfertige es sich daher, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden. Dem stehe der allenfalls organische Charakter des Leidens nicht entgegen, habe doch die Rechtsprechung die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) entwickelten Regeln u.a. bereits auf die als

organisches Leiden betrachtete Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) übertragen (E. 3.2.1). Invaliditätsrechtlich sei auch von Bedeutung, dass als "Schleudertrauma" oder "Chronic Whiplash Injury" bezeichnete Beeinträchtigungen im Sinne eines komplexen und chronischen Beschwerdebildes bisher in keinem anerkannten medizinischen Klassifikationssystem (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.3 S. 403) als Diagnose figurierten.

In beweisrechtlicher Hinsicht präzisierte das Bundesgericht das in den vorstehenden Erwägungen 1.2.2 und 1.2.3 Gesagte wie folgt (Erwägung 3.3 des Urteil 9C_510/2009 vom 30. August 2010):

Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihres Leidens und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar (E. 3.2.2) ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen [BGE 125 V 351 E. 3a S. 352] genähernden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest)Arbeitsfähigkeit unbeschleunigt ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; AHI 2000 S. 153, I 554/98 E. 3), und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Überwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355 f.).

1.3 Aus der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (Art. 8 ATSG) in der Sozialversicherung folgt, dass die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbständig vorzunehmen ist,

mit Bezug auf denselben Gesundheitsschaden praxistypischermass denselben Invaliditätsgrad zu ergeben hat (vgl. BGE 131 V 123 Erw. 3.3.3, 126 V 291 f. Erw. 2a mit Hinweisen; Art. 16 ATSG). Da der Unfallversicherer bei der Invaliditätsbemessung indessen regelmässig weder die unfallfremden invalidisierenden Faktoren noch die zum Aufgabenbereich der Invalidenversicherung gehörenden bevorstehenden oder laufenden beruflichen Eingliederungsbemessungen berücksichtigt, kommt dem von ihm festgelegten Invaliditätsgrad kein Vorrang zu (BGE 119 V 471 Erw. 3; RKUV 1995 Nr. U 220 S. 108 in fine).

Nach der Rechtsprechung sind hinsichtlich der Invaliditätsbemessung Abweichungen indessen nicht zum vornherein ausgeschlossen (vgl. BGE 119 V 471 Erw. 2b mit Hinweisen). Nicht als massgeblich zu betrachten ist die Invaliditätsschätzung des einen Sozialversicherungsträgers etwa dann, wenn ihr ein Rechtsfehler oder eine nicht

vertretbare Ermessensausübung zu Grunde liegt. Ohne Auswirkungen hat der von einem Unfallversicherer angenommene Invaliditätsgrad auch zu bleiben, wenn dieser bloss auf einem Vergleich beruht (vgl. BGE 131 V 123 Erw. 3.3.3, 126 V 292 Erw. 2b, 112 V 175 f. Erw. 2a; RKUV 2000 Nr. U 402 S. 391; AHI 2003 S. 108 Erw. 2a).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

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 (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (vgl. Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) ermessensweise mit Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt George Hunziker, Zürich, wird mit Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt George Hunziker
- Rechtsanwalt Christian Leupi
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

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

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