

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00174 vom 18. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00174

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00174 du 18 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00174 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, war seit 1. Januar 2009 als technischer Mitarbeiter in einem 80%-Pensum bei der Y.____ AG angestellt

und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert, als er am

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3.1

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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.3.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.3.3

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 133 E. 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 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 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 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E.

5b/aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.4

Nach Art.

E. 2

9. Juli 2010 hospitalisiert war (Urk. 10/5 S. 1). Am 26. Juli 2010 wurde am Spital B.____ eine Operation durchgeführt mit einer Diskektomie des HWK 3/4, einer partiellen Korporektomie des HWK 4 sowie einer offenen Reposition und ventralen Spondylodese des HWK 3/4 (Urk. 10/5 S. 3). Per 30. November 2011 wurde das Arbeitsverhältnis durch die Arbeitgeberin aufgelöst. Danach war der Versicherte gelegentlich als Springer für dieselbe Arbeitgeberin tätig (Urk. 10/70, Urk. 10/72, Urk. 10/106).

Nach getätigten Abklärungen (vgl. Urk. 10/46, Urk. 10/60, Urk. 10/62,

Urk. 10/71, Urk. 10/104, Urk. 10/149-150) teilte die SUVA dem Versicherten mit Schreiben vom 14. November 2011 (Urk. 10/163) gestützt auf den konsultierten

Untersuchungsbericht von

Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt, SUVA, Versicherungsmedizin,
vom

9. August 2012 und die darin attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht
in der ange stammte n Tätigkeit (Urk. 10/152) mit, die bis dahin erbrachten Leistungen wür
den per

E. 2.1

Die SUVA hielt fest, sie komme nur für die durch den Unfall vom 2 5. Juli 2010 bedingten
Beschwerden im Bereich des HWK 3/4 auf, nicht jedoch für die unfallfremden somatischen
und psychischen Beschwerden. Insbesondere die psychischen Beschwerden seien nicht
adäquat kausal zum Unfallereignis vom 2 5. Juli 201 0. Der medizinische Endzustand sei
eingetreten, da von der Fort setzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung
des Gesundheits zustandes des Beschwerdeführers mehr zu erwarten gewesen sei . Gestützt
auf den Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. C.____ sei dem Beschwerdeführer aus som a
tischer Sicht die Wiederaufnahme seiner angestammten beruflichen Tätig keit als
Filmtechniker zumutbar . Diese Tätigkeit sei

sogar ideal, da es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit handle und kein e
langdauernden, vorgeneigten Körperpositionen vorkämen . Es bestehe daher kein Anspruch
auf eine Invali denrente. Schliesslich sei auch die Integritätseinbusse von 17.5 % nicht zu
beanstanden, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf die zugesprochene
Integritätsentschädigung habe

(Urk. 2, Urk. 9, Urk. 25).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer zusammengefasst geltend, sowohl die
konservativ-therapeutischen als auch die operativen Optionen seien noch nicht
ausgeschöpft, sodass nicht von einem Endzustand ausgegangen werden könne. Die SUVA
sei daher zu verpflichten, weiterhin Taggelder auszurichten und die Heilkosten zu
erbringen. Die Frage der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei zudem nicht in
rechtsgenügender Weise abgeklärt worden. Insbesondere werde er vor allem durch seine
ausgeprägten unfallkausalen und somatisch bedingten Schmerzen in der Leistung
eingeschränkt. Die Schmerzen habe der SUVA-Kreis arzt bei seiner Beurteilung
vollkommen ausgeblendet. Eventuell habe er die Überwindbarkeitsrechtsprechung
berücksichtigt, welche jedoch bei Schmerzen organischer Genese nicht anwendbar sei .
Nach Eintritt des Endzustands müsse die SUVA daher eine polydisziplinäre Begutachtung
mit einem Arbeitsassess ment veranlassen, um seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit korrekt
zu beurteilen. Auch die psychischen Beschwerden seien des Weiteren

zufolge Erfüllens prak tisch aller Adäquanzkriterien unfallkausal . Ferner sei die
Invaliditätsbemessung nicht korrekt durchgeführt worden, insbesondere sei das
Valideneinkommen zu tief

bezfiziert worden. Schliesslich sei die Bemessung der Integritätsentschädi gung nicht korrekt
erfolgt, da erhebliche Belastungstoleranzen und Bewe gungseinschränkungen vorlä gen
und die Schmerzen zu niedrig eingestuft worden seien (Urk. 1, Urk. 21).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Heilkosten und Taggelder ab 1. Januar 2013. Strittig und zu prüfen ist ferner, ob im Falle des Erreichens des Endzustands ein Anspruch auf eine Rente besteht sowie die Höhe der Integritätsentschädigung, wobei sich die Frage stellt, ob der medizinische Sachverhalt in genügender Weise abgeklärt wurde. 3.

E. 3

1. Dezember 2012 ein gestellt. Nach Einholen des Berichts betreffend die Beurteilung des Integritätsschadens vom 10. August 2012 (Urk. 10/153)

sprach die SUVA dem Versicherten mit Verfügung vom 31. Januar 2013 eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 17.

E. 3.1

3

Am 10. August 2012 nahm Dr. C. die Beurteilung des Integritätsschadens vor. Er stellte als Befunde und Restfolgen des Unfalls vom 25. Juli 2010 eine erhebliche Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung fest sowie belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen. Die benachbarte Muskulatur sei kräftig. Es bestünden leichte Verspannungen, die Narbe sei jedoch reizlos und fast nicht mehr sichtbar. Im Schulterbereich und im oberen Thoraxbereich

lägen eine Hyposensibilität und Kribbelparästhesien C4 links vor. Bildgebend habe sich eine konsolidierte Spondylodese C3/C4 mit dem Vorzustand einer C5 Fraktur und leicht höhengemindertem Wirbelkörper C5 sowie leichter Knickbildung in der mittleren HWS gezeigt. Dadurch bestehe auch eine Spinalkanaleinengung C3 bis C5, welche aber das Myelon nicht beeinträchtige. Die Spondylodese sei ventral liegend. Als Vorzustand habe eine konsolidierte C5 Fraktur mit Deckplatteneinbruch bestanden. Aufgrund der Funktionseinschränkung mit mässiger Bewegungseinschränkung, mässiger Belastungsintoleranz und belastungsabhängigen Schmerzen sei eine Einordnung bei 10% gerechtfertigt. Durch die Spondylodese sei eine Erhöhung zu berücksichtigen. Allerdings bestehe ein Vorzustand mit statischer Veränderung C5, so dass unter grosszügiger Berücksichtigung eine Erhöhung von 7.5% erfolgen könne, inklusive der Sensibilitätsstörungen im linken Schulterbereich. Insgesamt bestehe somit eine Integritätseinbusse von 17.5%

(Urk. 10/153).

E. 3.2

Mit Zwischenbericht vom 4. November 2010 berichteten

die Ärzte

des Spitals B. über den Verlauf. Nebst der bekannten Diagnose wurden eine alte Impressionsfraktur C5 und ein dekonfigurierter Wirbelkörper C4 bei einem Status nach einer Fraktur im Jugendalter sowie ein

nodulärer Leberbefund an die Gallenblase grenzend diagnostiziert. Die bildgebende Untersuchung habe eine - im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 28. Juli 2010 - stationäre Lage und Darstellung des Osteosynthesematerials ergeben. Es bestehe zudem ein deutlich höhengeminderter Wirbelkörper HWK 5 bei bekannter Impressionsfraktur. Im

Heilungsverlauf würden keine unfallfremden Faktoren mitwirken. Zwar habe der Versicherte im Kindesalter eine Fraktur des HWK 5 erlitten. Nunmehr zu behandeln sei jedoch eine frische Fraktur des HWK 3/4. Die physiotherapeutischen Massnahmen seien weiterzuführen. Wann der Versicherte die Arbeit wieder aufnehmen könne, könne nicht bestimmt werden. Es sei jedoch kein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 10/17).

Dem Bericht der Ärzte des Spitals B.____ vom 1. November 2011 ist betreffend die Magnetresonanztomographie

(MRI) der Halswirbelsäule (HWS) vom 20. September 2010 (vgl. hierzu Urk. 10/22 S. 3) zu entnehmen, dass ein ventral stabilisiertes Segment HWK 3/4 vorliege. Der Span sei wegen Metallartefakten nicht beurteilbar. Daneben sei eine bekannte, sehr alte Kompressionsfraktur HWK 5 mit stationärer fokaler Hyperkyphose und relativer Spinalkanalengeengung sichtbar. Es bestünden keine sicheren Zeichen einer Myelopathie. Erwähnt wurde zusätzlich, dass dem Beschwerdeführer bei einer posttraumatischen Belastungsstörung eine gezielte psychologische Betreuung angeboten worden sei, welche er sich überlegen möchte. Wegen der persistierenden Schmerzen in der mittleren HWS sei eine Therapie mit Voltaren und Muskelrelaxantien begonnen worden (Urk. 10/21 S. 2).

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 24. August 2010 (Urk. 10/18 S. 4-6) fest, es bestehe aktuell ein Status nach Sturz mit ausgeprägter Luxation und Kyphosierung C3/4 am 25. Juli 2010 mit postoperativer Sanierung. Der neurologische Status sei regelrecht, insbesondere lägen keine Hinweise auf eine cervicale Myelopathie vor. Postoperativ bestehe ein Gefühl von brennenden Sensibilitätsstörungen im Bereich vom linken oberen Quadranten, der linken Schulter, des Oberarms links sowie des Nackens links, für welche es jedoch aus neurologischer Sicht keine Objektivierung gebe. Hingegen lägen Muskelverspannungen vor. Vermutlich seien diese die Ursache. Daher sei die Physiotherapie fortzusetzen sowie Talvalsalbe und Magnesium zur Muskelentspannung anzuwenden (S. 5; vgl. auch den Verlaufsbericht vom 3. November 2010, Urk. 10/18 S. 2 f.).

E. 3.4

Gemäss dem Bericht der Ärzte der B.____ vom 18. Januar 2011 (Urk. 10/22) habe die Bildgebung der HWS vom 12. Januar 2011 keinen Anhalt für eine frische ossäre Läsion oder eine Dislokation oder Lockerung ergeben. Angesichts der Ergebnisse sei weiterhin eine konservative Therapie und physiotherapeutische Behandlung empfohlen worden. Mit dem Beschwerdeführer sei besprochen worden, dass er bis dato arbeitsunfähig gewesen sei und nun wieder in seine Arbeit eingegliedert werde. Ab dem 13. Januar 2011 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr (S. 2).

E. 3.5

Im Bericht der Ärzte der Klinik E.____ vom 4. Februar 2011 wurde zur Behandlung der geklagten Beschwerden ein operatives Vorgehen empfohlen (Urk. 10/30). Ebenfalls eine definitive Sanierung empfahl Dr. med. F.____, Facharzt für Neurochirurgie, im Bericht vom 9. Februar 2011 (Urk. 10/40), auch wenn im Moment keine funktionell relevanten neu aufgetretenen neurologischen Defizite bestünden. Es sei davon auszugehen, dass sich auch die Verhältnisse in C4/5 und C5/6 längerfristig verschlechterten aufgrund einer chronischen Überlastung dieser Anschlusssegmente. 3. 6

Im Anschluss an die Privatsprechstunde bei PD Dr. med. G.____, Leitender Arzt an der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals B.____, wurde im Bericht vom 2. März 2011 (Urk. 10/37) bei den bekannten Diagnosen festgehalten, die Bildgebung der HWS vom 2. März 2011 habe verglichen mit der Voruntersuchung unveränderte Stellungsverhältnisse ergeben. Das Osteosynthesematerial sei in situ und intakt. Es sei zu keiner zusätzlichen Kyphosierung im Verlauf gekommen, der Beckenkamm-Span sei noch abgrenzbar. Die Mobilisation solle nach Massgabe der Beschwerden erfolgen unter Fortführen der Physiotherapie. Eine operative Behandlung sehe er aktuell bei zeitweise auch nur mässigen Schmerzen nicht indiziert. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 15. April 2011 (vgl. auch die Berichte von PD Dr. G.____ vom 16. November 2011 [Urk. 10/81] und vom 1. Februar 2012 [Urk. 10/91] im Wesentlichen gleichen Inhalts).

E. 3.7

Nach mehreren Gesprächen mit dem Beschwerdeführer diagnostizierte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 7. April 2011 eine posttraumatische Belastungsstörung, welche eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit begründe (Urk. 10/46; vgl. auch die Verlaufsberichte vom 15. November 2011, Urk. 10/78, und vom 10. April 2012, Urk. 10/111, in welchen zudem eine depressive Erkrankung beziehungsweise Angstzustände diagnostiziert wurden).

E. 3.8

Am 7. Juli 2011 führte Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater, Versicherungspsychiatrischer Dienst der SUVA, eine psychiatrische Untersuchung durch (vgl. den Bericht gleichen Datums, Urk. 10/60). Er hielt fest, der Versicherte leide an einer manifesten Angstsymptomatik verbunden mit einer reaktiven depressiv-gehemmten Ver zweiflung. Soweit die Angstsymptomatik sich aufgrund der Frage ergeben habe, in welcher Art und Weise seine weitere körperliche Gesundheit, seine persönliche Integrität, allenfalls sein Leben durch dieses Unfallereignis akut bedroht sei, sei die natürliche Kausalität zwischen dem Ereignis vom 25. Juli 2010 und der psychiatrischen Symptomatik gegeben. Ausserhalb dieser unmittelbar bestehen den körperlichen Gefährdung sei das Unfallereignis nicht geeignet gewesen, eine spezifische reaktive psychopathologische Symptomatik zu ergeben. Aus dem Grund würden die derzeitigen psychopathologischen Symptome in diagnostischer Hinsicht der Gruppe der Anpassungsstörungen zugeordnet (S. 12 f.). Die alleinige Beachtung der Angstproblematik führe dazu, dass durch die Intensität der Psychopathologie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht aus gewiesen sei. Zumindest ein schrittweiser Wiedereinstieg in einen vorstellbar 50%igen Arbeitsrahmen wäre bei alleiniger Betrachtung der Psychopathologie möglich, zumal diese durch eine optimierte Behandlung noch gemildert werden könne (S. 13).

E. 3.9

) weder über die Frage des Endzustands, noch über die im Detail vorliegenden unfallkausalen Restbefunde oder über die daraus resultierende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abschliessend befunden werden.

So nahm SUVA-Kreisarzt Dr. C.____ zu einer allfälligen weiteren Rückenoperation in seinem Bericht vom 9. August 2012 nicht Stellung (E. 3.12). Während in den Berichten der Interdisziplinären Schmerzprechstunde und des Schmerzambulatoriums

des Spitals B.____ vor allem konservative Therapie massnahmen genannt wurden (E. 3.14 und E. 3.17) , nahm Prof. G.____ einmal von einer operativen Vorgehensweise Abstand, zog aber ein andermal eine Kor porektomie HWK 5 mit Cage-Implantation in Betracht, jedoch unter dem Vor behalt, dass dieser Eingriff gegebenenfalls nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik führen könne (E. 3.16). Somit kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden, ob eine allfällige weitere Rücken operation positive Auswirkungen auf die Beschwerden und auf die Arbeitsfä higkeit haben könnte, mithin, ob der Endzustand bereits erreicht ist.

Weiter bestehen in Bezug auf d as Lipom und die damit verbundenen Beschwer den beziehungsweise Einschränkungen Unklarheiten: Gemäss dem Bericht der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals B.____ vom 7. April 2013 habe das Lipom schon vor der Knochens panentnahme am Beckenkamm bestanden. Nach der Entnahme des Knochenspanns sei das Lipom gewachsen. Bei Palpitation des Lipoms entstünden ziehende Beschwerden bis an den Übergang zwischen Hodensack und Oberschenkel, Schmerzen träten auch bei Wetter-Wechsel auf (Urk. 10/198 S. 4) .

Es stellen sich betreffend das Lipom Fragen, auf welche der Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. C.____ vom 9. August 2012 keine An t worten bereithält, zumal diesbezüglich lediglich festgehalten wurde, es sei im Bereich der Knochenent nahmestelle am Beckenkamm rechts eine Vorwölbung im Sinne einer proxima len Inguinalhernie respektive Muskelhernie aufgetreten (E. 3.12).

Insbesondere ist nicht klar, welche Folgen die Knochenspanentnahme am Beckenkamm hatte und ob das Lipom auch ohne die Knochenspanentnahme die geklagten Beschwerden verursacht hätte. Weiter geht aus den Berichten nicht hervor, ob und für welche Beschwerden das (allenfalls unfallkausale) L ipom (mit) ver antwortlich ist und inwiefern die geklagten Beschwerden die Arbeitsfä higkeit zu beeinflussen vermögen.

Zudem basiert die von der Beschwerdegegnerin angenommene 100%ige Arbeits fä higkeit in leidensangepassten Tätigkeiten im Wesentlichen lediglich auf der Ein schätzung von SUVA-Kreisarzt Dr. C.____ (v gl. E 3.12) . Diese Ein schätzung ist nicht ohne Weiteres

in Einklang zu bringen mit den von ihm fest gestellten Befunden einer erheblichen Belastungsintoleranz und erheblichen Bewegungseinschränkung sowie belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen. Da bei hielt auch Dr. J.____ der SUVA Versicherungsmedizin in sei ner Beurteilung vom 3. August 2011 fest, dass Restbeschwerden bei einer Luxa tionsfraktur , welche eine erhebli che Verletzung der HWS darstell e mit Beein trächtigung der Weichteile, insbesondere Bänder und Gelenkkapsel, Band scheibe und Knochen, stets zu befürchten seien (E. 3.9). Entsprechend fan den die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals B.____ , dass die physiologische HWS-Lordose aufgehoben sei

und ausgeprägte Weichteilirritationen auf der Höhe HWK 3/4 sowie okzipital bestünden , wobei erschwerend eine Wirbelsäulenfehlform mit Abflachung der oberen BWS, eine insuffiziente Stabilisierungsfähigkeit und mehrsegmentale Dysfunktionen hinzu kämen (E. 3.14 , E. 3.17) .

Im Weiteren findet die Arbeitsfähigkeitse inschätzung Dr. C.____

zumindest vorerst im Bericht der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals B.____ vom 7. April 2013 (E. 3.14), im Bericht von Prof. Dr. G.____ und Dr. L.____

des Spitals B.____

vom 24. April 2013 beziehungsweise vom 23. April 2013 (E. 3.16) und im Bericht von pract. med. N.____ und Dr. O.____ des Spitals B.____ vom 5. Juli 2013 (E. 3.17) keine Stütze. So wurde im Bericht der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals B.____ vom 7. April 2013 (E. 3.14) zur Bestimmung des Ausmasses der Arbeitsfähigkeit empfohlen, im Anschluss an weitere Abklärungen in Bezug auf das Lipom am rechten Beckenkamm, ein Arbeitsassessment durchzuführen. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 3. beziehungsweise 30. April 2013 wurde sodann

in den Berichten von Prof.

Dr. G.____ und Dr. L.____ vom 23./24. April 2013 attestiert sowie festgehalten, zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ein fachärztliches Gutachten erstrebenswert (E. 3.16). Schliesslich wurde auch im Bericht von pract. med. N.____ und Dr. O.____ des Spitals B.____ vom 5. Juli 2013 (E. 3.17) angeführt, die Arbeitsfähigkeit könne im Rahmen eines Arbeitsassessments objektiv erfasst werden. 4.3

Auch in Bezug auf die Einschätzung des Integritätsschadens durch Dr. C.____ ergeben sich Widersprüche. So erhob er in seiner Beurteilung vom 10. August 2012 als Befunde eine erhebliche Belastungsintoleranz, eine erhebliche Bewegungseinschränkung sowie belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen. Demgegenüber hielt er bei der Schätzung des Integritätsschadens in Bezug auf die Funktionseinschränkung eine mässige Bewegungseinschränkung, eine mässige Belastungsintoleranz

und belastungsabhängige Schmerzen fest

(Urk. 10/153). Widersprüchlich erscheint insbesondere die nicht begründete Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der erhobenen Befunde (erheblich) und dem Schweregrad der berücksichtigten Funktionseinschränkung (mässig). Des Weiteren ist die getroffene Einreihung gemäss der Schmerzfunktionsskala (+ bis ++) angesichts der erhobenen erheblichen Belastungsintoleranz und der vom Spital B.____ beschriebenen konstanten Schmerzen (Urk. 10/198 S.

2) nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal diesbezüglich keine Begründung erfolgte. 4.4

Insgesamt erscheinen somit die von der SUVA getätigten Abklärungen nicht ausreichend, um die sich stellenden Fragen abschliessend beantworten zu können. Insbesondere blieben gewisse Fragen vollständig ungeklärt und gewisse entscheidungsrelevante Fragen in ungenügender Weise abgeklärt, weshalb eine Rückweisung gerechtfertigt ist (vgl. E. 1.6). Aufgrund der Unklarheiten betreffend

die unfallkausalen somatischen Restbefunde und das Ausmass der Arbeitsfähigkeit ist der Einspracheentscheid vom 10. Juni 20

E. 3.10

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie und Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Spitals B.____, führte am 20. März 2012 eine neurologische und elektrodiagnostische Untersuchung des Versicherten durch. Im Bericht gleichen Datums (Urk. 10/104) hielt er fest, es habe sich ein im Wesentlichen unveränderter Befund zur Voruntersuchung vom 23. November 2010 gezeigt mit im Vordergrund stehender radikulärer Irritation, am ehesten entsprechend C4 links.

Neurologische Ausfälle hätten weiterhin nicht objektiviert werden können. Hinweise für eine Myelopathie im Cervikalbereich hätten weder klinisch noch bei den normalen Medianus-SEP beidseits nachgewiesen werden können. Aufgrund der im Vordergrund stehenden myofaszialen und irritativen Symptomatik sei dem Versicherten eine Verordnung für Lyrica abgegeben worden.

E. 3.11

Das MRI der HWS und der Brustwirbelsäule

(BWS) vom 22. Juni 2012 ergab eine - nach Stabilisation der Segmente C2 bis C5 - flachbogige Kyphose ohne Kompromittierung des Spinalkanals und des

Myelons. Die zervikalen

Bandscheibensegmente seien unauffällig, die Abbildung der Facettengelenke, der BWS und des Thorakalmarkes einschliesslich des Conus sei normal (Urk. 10/149).

E. 3.12

Am 9. August 2012 führte Dr. C. ____

eine kreisärztliche Untersuchung durch (vgl. den Bericht gleichen Datums, Urk. 10/152). Der Versicherte habe berichtet, die Schmerzausprägung im Nacken-/Rückenbereich sei unterschiedlich, manchmal schlimmer, manchmal etwas weniger schlimm. Die Verspannungen und Schmerzen befänden sich vor allem im oberen Wirbelsäulenbereich im Nacken vom Kopf bis in die Schulter beidseits aber auch im unteren Wirbelsäulenbereich. Er schlafe - vor allem bei vermehrten Schmerzen - schlecht und erwache häufig.

An der linken Schulter verspüre er ein Kribbeln, welches sich auch verändere, je nach Schmerzausprägung im Nacken-/Schulterbereich oder auch bei Berührungen. In letzter Zeit sei unterhalb des Bereichs der Knochenentnahmestelle am Beckenkamm rechts eine Vorwölbung aufgetreten. Zudem habe er migräneartige Schmerzen auf der rechten Seite mit Lokalisation auf der Stirn und im rechten Auge. Er sei in psychiatrischer und physiotherapeutischer Behandlung (S. 5 f.).

Der Befund der HWS habe eine erhebliche Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung sowie belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen ergeben. Es bestünden eine kräftige benachbarte Muskulatur, leichte Verspannungen, eine reizlose, fast nicht mehr sichtbare Narbe, eine Hyposensibilität und Kribbelparästhesien C4 links im Schultergürtel- / oberen Thoraxbereich. Bildgebend habe sich eine konsolidierte Spondylodese C3/C4 mit dem Vorzustand einer C5-Fraktur, leicht höhengemindertem Wirbelkörper C5 und leichter Knickbildung in der mittleren HWS gezeigt. Dadurch komme es auch zu einer Spinalkanaleinengung C3 bis C5 aber ohne Beeinträchtigung des Myelons. Als Vorzustand habe eine konsolidierte C5-Fraktur mit Deckplatteneinbruch vorgelegen (S.

E. 3.14

Im Bericht der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals B. ____

vom 7. April 2013

(Urk. 10/198) wurden die Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms mit physischen und psychischen Anteilen bei einem chronischen cervikovertebralen und cervikocephalen

Schmerzsyndrom, unter anderem radikuläre Irritation C4 links nicht ausgeschlossen, bei neuropathischen Schmerzen in der Leiste rechts nach Beckenspanntrennung und bei Status nach Lipomextirpation der Flanke rechts am 19. Oktober 2012, bei einer posttraumatischen Belastungsstörung und bei einer Angststörung, nicht näher bezeichnet, genannt (S. 5).

Nach einem schweren Wirbelsäulentrauma 2010 liege eine fortbestehende Schmerzproblematik betont im Nacken-/Schulterbereich mit Sensibilitätsstörungen der Schulter sowie im Oberarm links vor. Verschiedenste Verlaufsbildgebungen

hätten keine Auffälligkeiten ergeben, weder eine Myelopathie noch eine radikuläre Kompression. In der elektrophysiologischen Untersuchung habe es aber Hinweise für eine radikuläre Reizung entsprechend C4

gegeben. Klinisch scheine sich die Sensibilitätsstörung vergleichend zur Voruntersuchung „ausgebreitet“ zu haben. Die Motorik sei uneingeschränkt. Diagnostisch werde die Wiederholung der Elektrophysiologie empfohlen (S. 6).

Im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung wurde festgehalten, das Myelon auf Höhe der Läsion sei frei, allerdings sei die physiologische HWS-Lordose aufgehoben und es fänden sich ausgeprägte Weichteilirritationen, einerseits auf Höhe HWK 3/4 sowie okzipital. Erschwerend kämen eine Wirbelsäulenfehlform mit Abflachung der oberen BWS, eine insuffiziente Stabilisierungsfähigkeit und mehrsegmentale Dysfunktionen hinzu. Eine signifikante Verbesserung der Stabilisierungsfähigkeit der HWS durch aktive Physiotherapie sei bisher schmerzhaft und aufgrund der eingeschränkten segmentalen Beweglichkeit sowie der Fehlf orm der HWS nicht möglich gewesen. Diese sei allerdings für eine Beschwerdelinderung sowie zur Verbesserung der Belastungsfähigkeit cervical und im cervikothorakalen Übergang zwingend nötig. Zur Intensivierung der konservativen Therapie werde einerseits eine sanfte Mobilisation der oberen BWS in Kombination mit gezielter, vorsichtiger Stärkung der Stütz muskulatur der HWS angeraten. Mehrmals täglich sollten sanfte Eigenübungen durchgeführt werden. Zudem könne der Versicherte in der Selbstmobilisation der BWS instruiert werden. Dazu komme ergänzend die analgetische Therapie und die Korrektur eines Vitamin D Mangels.

Die psychiatrische Beurteilung habe keine neuen Erkenntnisse ergeben (S. 6).

Empfohlen wurden unter anderem eine manualtherapeutische Mobilisation, aktive Physiotherapie trotz der Schmerzen, Analgetika sowie die Evaluation der Intensivierung der Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Im Anschluss an die Abklärungen insbesondere in Bezug auf das Lipom am rechten Beckenkamm (vgl. S. 4)

könne ein Arbeitsassessment erfolgen (S. 6 f.; vgl. auch den Zwischenbericht des Schmerzzambulatoriums vom 28. März 2013, Urk. 10/196).

E. 3.15

Aus der Anfrage zur Kostenübernahme einer Therapie mit Capsaicin 8% (Qutenza) des Spitals B. vom 24. April 2013 geht die Diagnose von neurogenen Schmerzen in der Schulter links im Rahmen einer traumatischen Schädigung der Wurzel C4

hervor. Es liege eine schwere neuropatisch bedingte Schmerzkrankheit vor, welche trotz langwieriger und ausgebauter Schmerztherapie nur ungenügend kontrolliert werden könne. Die Schmerzsymptome seien stark lebensqualitäts-einschränkend. Auch wenn Versicherer bei dieser Indikation gemäss Spezialitätenliste nicht verpflichtet seien, die Kosten zu übernehmen, werde um ausnahmsweise Kostenübernahme ersucht (Urk. 10/190). Eine entsprechende Behandlung auf Probe für vier Monate wurde mit Schreiben der SUVA vom 29. April 2013 bewilligt (Urk. 10/192). 3. 16

Am 24. April 2013 berichteten Prof.

Dr. G.____ und Dr. med. C. L.____, Assistenzarzt, Klinik für Unfallchirurgie des Spitals B.____

dem Hausarzt des Beschwerdeführers und nannten die bekannten Diagnosen. Der Beschwerdeführer habe über eine geringe Beschwerdelinderung im Bereich der HWS aufgrund der nun wärmeren Temperaturen berichtet. Eine Reduktion der Schmerzmedikation habe jedoch nicht erzielt werden können. Der Befund der HWS sei im Wesentlichen unverändert. Nach dem elektrophysiologischen Abschluss einer chronischen cervikalen Myelopathie werde Abstand von einer operativen Vorgehensweise genommen. Es werde ebenfalls die physiotherapeutische Übung und manuelle Therapie der HWS empfohlen. Eine Arbeitsunfähigkeit bis zum nächsten Termin am 30. April 2013 sei ausgestellt worden. Die weitere Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit solle der weiterbehandelnde Arzt

Dr. M.____ vornehmen (Urk. 10/199 S. 11 f.).

Im Bericht von

Prof. G.____ vom 23. April 2013 zu Handen des Rechtsvertreters des Versicherten wurde festgehalten, aus unfallchirurgischer/orthopädischer Sicht werde die Korporektomie HWK 5 in Betracht gezogen. Dieser Eingriff könne jedoch gegebenenfalls nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik führen. Vom 27. Februar bis zum 3. April 2014 sei der Beschwerdeführer aufgrund der Schmerzen zu 100% arbeitsunfähig. Im April sei eine erneute Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung notwendig. Beim Verrichten einer leidensangepassten Tätigkeit solle der Versicherte keine beziehungsweise erträgliche Schmerzen verspüren. Um dies zu beurteilen, sei ein fachärztliches Gutachten erstrebenswert (Urk. 10/199 S. 13 f.). 3. 17

Am 5. Juli 2013 berichteten pract. med. N.____, Assistenzärztin, und Dr. med. O.____, Oberarzt, Leiter Schmerzambulatorium des Instituts für Anästhesiologie des Spitals B.____, dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer klagte über konstante Schmerzen mittig und im Weichteilbereich der mittleren HWS sowie über ausgeprägte Schmerzen okzipital beidseits, intermittierend mit Triggerung von unilateralen Kopfschmerzen. Die Flexion und die Rotation nach links seien relativ gut möglich. Im gesamten linken oberen Quadrant ventral, frontal und dorsal bestehe eine Hypästhesie auf Berührung. Er verspüre Dysästhesien im Schulterbereich und die linke Hand sei insgesamt schwächer. Intermittierend komme es zu einem Kribbeln in den Fingern III bis V links. Zudem störe ihn vordergründig ein lokaler Schmerz im Bereich der kranialen Narbe am Beckenkamm, vor allem ausgelöst durch den Hosenbund oder den Gürtel. Die Beschwerden seien auf den Unfall vom 25. Juli 2010 zurückzuführen. Der Beschwerdeführer leide unter chronischen, cervikovertebralen und cervikocephalen

Schmerzen bei einem Status nach Wirbelsäulentrauma am 25. Juli 2010. Das Myelon auf Höhe der Läsion sei frei, allerdings sei die physiologische HWS-Lordose aufgehoben und es fänden sich ausgeprägte Weichteilirritationen, einerseits auf Höhe HWK 3/4 sowie okzipital. Die Arbeitsfähigkeit könne im Rahmen eines Arbeitsassessments objektiv erfasst werden. Als Behandlungsmöglichkeiten wurden die im Bericht der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals B.____ vom 7. April 2013 bereits erwähnten (vgl. E. 3.14) wiederholt

(Urk. 10/208 = Urk. 3/3) . 4. 4.1

Beim Unfall vom 25. Juli 2010 zog sich der Beschwerdeführer unbestritten eine verhakete Facettengelenks-Luxationsfraktur des HWK 3/4 zu. Zu klären ist somit, ob und welche der nunmehr geklagten Beschwerden (Schmerzen mittig und im Weichteilbereich der mittleren HWS sowie okzipital beidseits, intermittierend mit Triggerung von unilateralen Kopfschmerzen, Hypästhesie auf Berührung im gesamten linken oberen Quadrant ventral, frontal und dorsal, Dysästhesien im Schulterbereich und Schwäche der linken Hand, intermittierendes Kribbeln in den Fingern III bis V links, lokaler Schmerz im Bereich der kranialen Narbe am Beckenkamm, Schlafstörungen und psychische Beschwerden im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Symptomatik und einer Angststörung) auf die am 25. Juli 2010 zugezogene Verletzung zurückzuführen sind.

Gemäss den im Wesentlichen übereinstimmenden medizinischen Akten liegen beim Beschwerdeführer nunmehr ein chronisches Schmerzsyndrom mit physischen und psychischen Anteilen

bei einem chronischen cervikovertebralem und cervikozephalen Schmerzsyndrom, bei einem Status nach Diskektomie HWK 3/4, partieller Korporektomie des HWK 4 sowie einer offenen Reposition und ventralen Spondylodese des HWK 3/4 mit Span vom rechten vorderen Beckenkamm und CSLP am 26. Juli 2010, bei neuropathischen Schmerzen in der Leiste rechts nach Beckenspanantfernung und bei Status nach Lipomextirpation der Flanke rechts am 19. Oktober 2012, bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Symptomatik und bei einer Angststörung, nicht näher bezeichnet, vor (vgl. E. 3.12, 3.14, E. 3.16). 4.2

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann gestützt auf die vorliegenden Akten insbesondere angesichts einer allfälligen im Raum stehenden und gemäss Dr. J.____ zu Lasten der Unfallversicherung gehenden weiteren Rückenoperation (E.

E. 5

% zu, verneinte jedoch einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente (Urk. 10/179). Die vom Versicherten am 4. März 2013 erhobene Einsprache

(Urk. 10/186, Urk. 10/195), wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2013 ab (Urk. 10/203 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 8. Juli 2013 gegen den Einspracheentscheid vom 10. Juni 2013 (Urk. 2) Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids (S. 2 Ziff. 1) sowie

die Feststellung, dass noch kein Endzustand vorliege, sodass die Taggelder ab 1. Januar 2013 weiterhin auszurichten und die medizinische Behandlung weiterhin zu übernehmen

seien (S. 2 Ziff. 2) . E ventuell sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, ihm hernach eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen sowie die zugesprochene Integritätsentschädigung angemessen zu erhöhen (S. 2 Ziff. 3) .

Mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2013 (Urk.

E. 9

) beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde. Nachdem mit Verfügung vom 29. November 2013 Rechtsanwalt Hanspeter Riedener

antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet worden waren (Urk. 17), hielten die Parteien mit Replik vom 19. März 2014 (Urk. 21) beziehungsweise mit Duplik vom 23. April 2014 (Urk. 25) an den bereits gestellten Anträgen fest . Eine Kopie der Duplik wurde dem Beschwerdeführer am 25. April 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 26) .

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

).

Grundsätzlich könnten die physiotherapeutischen Sitzungen heute massiv reduziert werden auf vereinzelnde kontrollierende Sitzungen bei eigenverantwortlichen Übungen. Er, Dr. C.____, empfehle für zwei Jahre den üblichen Beitrag für ein Fitnessprogramm zu leisten, damit die stabilisierende Muskulatur erhalten und verbessert werden könne. Daneben könne der Versicherte eigenverantwortlich ein Bewegungs- und Lockerungstraining durchführen (S.

11).

Aufgrund der somatischen Untersuchung sei grundsätzlich die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich. Diese sei sogar ideal, da sie wechselbelastend mit verschiedenen Arbeitsplätzen, stehend, gehend und sitzend sei. Es gebe keinen Grund, auch verwandte Arbeiten nach dem Studium von Kunst und Mediendesign

nicht aufzunehmen. Es sei selbstverständlich, dass schwere körperliche Arbeiten nicht möglich seien, was aufgrund der Ausbildung gar nicht zur Diskussion stehe. Insgesamt seien langandauernde, vorgeneigte Körperpositionen ungeeignet. Dies sei die einzige Einschränkung, welche im Berufsbild des Versicherten berücksichtigt werden müsse. Die Kausalität der psychischen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit müssten psychiatrisch festgelegt werden (S. 12).

E. 13

aufzuheben und die Sache an die SUVA zurückzuweisen, damit sie weitere Abklärungen tätige und hernach über die Ansprüche des Beschwerdeführers - insbesondere über eine Invalidenrente - neu befände. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse hat die SUVA zudem über die adäquate Kausalität allfälliger festgestellter psychischer Beschwerden sowie die Integritätsentschädigung neu zu verfügen. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Die Prozessentschädigung ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf

den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 17)

hat mit

Honorarnote vom 11. Juli 2014 (Urk. 28/2-3, vgl. auch Urk. 28/1 und Urk. 29) zeitliche Aufwendungen von 24 Stunden und 25 Minuten und Barauslagen im Umfang von Fr. 240.-- geltend gemacht . Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von Fr. 250.-- und der Mehrwertsteuer beantragt er eine Entschädigung von Fr. 6'851.70. Die geltend gemachten Aufwendungen sind nicht angemessen . Insbesondere erscheinen die diversen Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Steueramt nicht allesamt nachvollziehbar und das hier strittige Beschwerdeverfahren zu betreffen, zumal selbst nach der Eingabe betreffend unentgeltliche Rechtsvertretung Kontakte mit dem Steueramt in Rechnung gestellt wurden. Des Weiteren erfolgten auch nach Beschwerdeeingang diverse Kontakte mit Ärzten, welche in der Häufigkeit nicht nachvollziehbar sind, insbesondere da sie in der Replik keinen Niederschlag fanden. Ferner erscheinen die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschwerde angesichts der bereits verfassten Einsprache- und Einsprachebegründung

als hoch (Urk. 10/183, Urk. 10/195). Schliesslich besteht kein Anlass, von dem gerichtlichen üblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- abzuweichen . Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist somit eine - im Vergleich zu in ähnlichen Fällen zugesprochenen Prozessentschädigungen - grosszügige aber gerade noch angemessene Entschädigung von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Juni 2013 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Hanspeter Riedener, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hanspeter Riedener - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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