

BGer 8C_446/2007 vom 28. Dezember 2007

Bundesgericht, 2007-12-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_446_2007

FR: TF 8C_446/2007 du 28 décembre 2007

IT: TF 8C_446/2007 del 28 dicembre 2007

Erwägungen

E. 1

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 2

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem die Vorinstanz den angefochtenen Entscheid am 2. Mai 2007 gefällt habe, ohne den Ablauf der für die Stellungnahme zur neurologischen Beurteilung der SUVA (Stellungnahme von Frau Dr. med. C. _____ vom 25. April 2007) gesetzten Frist abzuwarten. In seiner Vernehmlassung weist das kantonale Gericht darauf hin, dass die Urteilsberatung ursprünglich für den 2. Mai 2007 vorgesehen war, im Hinblick auf die nachträgliche Eingabe der SUVA und nach Eingang der Stellungnahme des Beschwerdeführers aber neu auf den 16. Mai 2007 festgesetzt worden sei; bei der Ausfertigung des Entscheids sei es versehentlich unterlassen worden, im Rubrum auch dieses neue Datum aufzuführen. Diese Angaben sind zutreffend. Wie sich aus dem letzten Absatz von Erwägung 2 des angefochtenen Entscheids ergibt, wurde der Entscheid erst nach Eingang und unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 10. Mai 2007 gefällt. Die Rüge einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ist somit unbegründet.

E. 3.1

Im kantonalen Entscheid werden die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181), insbesondere bei Schleudertraumata und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67), zutreffend dargelegt, worauf verwiesen wird. Dasselbe gilt hinsichtlich der vorinstanzlichen Ausführungen zu den Grundsätzen der Beweiswürdigung und zum Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

E. 3.2

Zu ergänzen ist, dass nicht die für den Wegfall des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b), sondern die bei Rückfällen und Spätfolgen massgebenden Regeln zur Beweislast Anwendung finden. Auch wenn eine formelle Erledigung nur bezüglich des Augenleidens erfolgt war (Verfügung vom 18. Juli 2000), ist das erst rund 4 ½ Jahre später gestellte neue Begehren unter dem Titel eines Rückfalls oder von Spätfolgen zu prüfen. Die

Beweislast liegt daher grundsätzlich beim Beschwerdeführer, welchen im Hinblick auf den Untersuchungsgrundsatz eine Beweislast allerdings nur insofern trifft, als bei Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 38 E. 2b S. 44). Hinsichtlich der Unfallkausalität des Augenleidens ist es Sache des Beschwerdeführers darzutun, dass Tatsachen vorliegen, welche ein Zurückkommen auf die rechtskräftige Verfügung vom 28. Juli 2000 zu begründen vermögen (Art. 53 ATSG).

E. 4

Zu prüfen ist zunächst, ob die SUVA Leistungen in Zusammenhang mit dem Augenleiden zu erbringen hat.

E. 4.1

Im Anschluss an die Unfälle vom 22. August und 16. September 1999 hatte der Beschwerdeführer zunächst über keine Sehstörungen geklagt. Im Februar 2000 kam es zu einer plötzlichen Visusverminderung rechts und Bewegungsschmerzen der Augen. Im Spital X._____ wurde anlässlich einer stationären Untersuchung vom 15. bis 17. Februar 2000 eine Retrobulbärneuritis (Bericht vom 18. Februar 2000) und bei einer späteren ambulanten Untersuchung ein Mikrostrabismus rechts festgestellt und die Verdachtsdiagnose einer vorbestehenden Amblyopie erhoben (Bericht vom 10. Mai 2000). Im Rahmen einer vom Spital X._____ veranlassten konsiliarischen augenärztlichen Untersuchung im Januar 2004 wurde die Diagnose einer Amblyopie rechts bei Mikrostrabismus bestätigt und eine leichte Visusminderung links bei asthenopischen Beschwerden gefunden (Bericht vom 20. Januar 2004). Die gleichen Diagnosen wurden in einem Bericht der Augenklinik vom 23. März 2005 gestellt. Es lagen demzufolge keine neuen Tatsachen vor, welche im Lichte von Art. 53 ATSG zu einer anderen Beurteilung Anlass gegeben hätten, weshalb die SUVA den Leistungsanspruch in diesem Punkt zu Recht verneint hat (Art. 53 ATSG [Revision und Wiedererwägung]).

E. 4.2

An dieser Feststellung vermag der vom Beschwerdeführer bei PD Dr. med. W._____ in Auftrag gegebene augenärztliche Bericht vom 13. April 2006 nichts zu ändern. Zwar wird darin nebst einer vorbestehenden Amblyopie des rechten Auges und einer korrekturbedürftigen Weitsichtigkeit (Hyperopie) links eine gestörte Farbwahrnehmung erwähnt, welche den Beschwerdeführer in der beruflichen Tätigkeit als Farb-Qualitätsprüfer beeinträchtigt hat und nach Auffassung des Augenarztes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallfolge darstellt. Wie es sich hinsichtlich der von den Ärzten der SUVA bestrittenen Unfallkausalität dieser Störung verhält und ob allenfalls eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 14 UVV vorliegt, kann offen bleiben, weil es sich nach den Angaben von PD Dr. med. W._____ um eine leichte Störung ("grenzwertig normal bis pathologisch") handelt, welche keiner Behandlung zugänglich ist und sich lediglich in einem bezüglich der Farbwahrnehmung hoch anspruchsvollen Beruf auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Sie vermag daher zu keinen Versicherungsleistungen Anlass zu geben. Mangels Erheblichkeit des Schadens besteht auch kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Art. 24 UVG ; Art. 36 Abs. 1 Satz 2 UVV).

E. 5

Streitig ist des Weiteren die Unfallkausalität der geklagten Kopfschmerzen und zervikothorakalen Beschwerden.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, es lägen organische Unfallfolgen in Form einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) vor. Er beruft sich dabei auf den beim Neurologen Dr. med. E. _____ eingeholten Bericht vom 16. Juni 2006, worin ausgeführt wird, bei den Unfällen vom 22. August und 16. September 1999 sei es zu einer HWS-Distorsion sowie einer milden traumatischen Hirnverletzung gekommen; als Folge dieser Verletzungsmechanismen bestehe auch heute noch ein linksbetontes, zumindest mässig ausgeprägtes, insbesondere oberes Zervikalsyndrom mit zerviko-zephalen Beschwerden, "migraine cervicale" sowie leichten Schwindelbeschwerden; das Zervikalsyndrom sei anhand der klinischen Untersuchung eindeutig abgrenzbar und es bestehe eine deutliche Einschränkung der Rotation bei Inklination auf beide Seiten. Bezüglich der geklagten kognitiven Störungen (Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit) wird ausgeführt, diese dürften gemischter Ursache sein; einerseits bestehe ein Zustand nach milder traumatischer Hirnverletzung, andererseits ergäben sich aber auch eindeutig Elemente für Schmerz- und seelische Interferenzen.

E. 5.2

Bezüglich des Zervikalsyndroms liessen sich weder Läsionen noch relevante neurologische Befunde nachweisen. Auch das am 22. Januar 2000 in der Klinik Y. _____ durchgeführte kranio-zerebrale Kernspintomogramm ergab keine Hinweise auf posttraumatische Veränderungen; ebenso wenig das kranio-zerebrale und orbitale Tomogramm vom 10. November 2003 sowie das vertebro-spinale Tomogramm vom 6. Januar 2004, welches ausser leichten degenerativen Veränderungen normale Befunde zeigte (Bericht des Spitals X. _____ vom 20. Januar 2004). Das von Dr. med. E. _____ klinisch festgestellte Zervikalsyndrom und die Bewegungseinschränkung der HWS bilden für sich allein keine objektiv nachweisbaren Unfallfolgen (Urteil U 39/06 vom 3. November 2006, E. 3.1). Eine solche stellt auch die diagnostizierte MTBI nicht dar, zumal Dr. med. E. _____ bei einer elektroenzephalographischen Untersuchung keine wesentlichen Befunde erheben konnte. Im Übrigen ist fraglich, ob die Diagnose einer MTBI als gesichert gelten kann, setzt sie nach allgemein anerkannter Lehrmeinung doch entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall, zumindest aber eine Bewusstseinsstrübung (etwa ein Benommenheitsgefühl, eine Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 166, Tabelle 9, mit bibliographischen Hinweisen). Ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist fraglich. Zwar hat der Beschwerdeführer bei der Befragung durch den Aussendienstmitarbeiter der SUVA am 28. Oktober 1999 angegeben, beim zweiten Unfall einen Moment benommen oder gar bewusstlos gewesen zu sein. Gegenüber den Ärzten des Spitals X. _____ präzisierte er, es sei zu einer kurzen Orientierungslosigkeit von ein paar Sekunden, aber zu keiner Bewusstlosigkeit gekommen (Bericht vom 20. Januar 2004). Im Bericht des Dr. med. U. _____ vom 16. Juni 2006 ist anamnestisch erstmals von einer Erinnerungslücke die Rede. Das Vorliegen einer Amnesie war von Dr. med. L. _____ unmittelbar nach dem Unfall vom 16. September 1999 aber verneint worden. Nach Angaben des Beschwerdeführers wurde sein Kopf bei der Kollision gegen die Kopfstütze geschlagen, ein Kopfanprall bei der anschliessenden Beschleunigung nach vorne hat nicht stattgefunden. Soweit bei dieser Sachlage überhaupt davon ausgegangen werden kann, dass es beim Unfall

vom 16. September 1999 zu einem Schädel-Hirntrauma mit MTBI gekommen ist, hat dieses jedenfalls zu keinen objektiv (hinreichend) nachweisbaren organischen Unfallfolgen geführt. Zu weiteren Abklärungen, einschliesslich der von Dr. med. U. _____ vorgeschlagenen PET-Untersuchung, besteht kein Anlass.

E. 6

Der Beschwerdeführer beruft sich des Weiteren auf einen Bericht des Facharztes für Radiologie Dr. med. N. _____ vom 19. Oktober 2006 über die Ergebnisse einer Untersuchung mit funktioneller Magnetresonanztomographie (FMRT) und macht geltend, es liege ein organisch nachweisbarer Befund in Form einer Läsion der Kopfgelenksbänder vor.

E. 6.1

Bei der funktionellen Magnetresonanztomographie (FMRT, auch: fMRT, englisch: FMRI [functional Magnetic Resonance Imaging]) handelt es sich um eine neuere Form der Kernspintomographie, welche sich vom herkömmlichen MRT dadurch unterscheidet, dass Aufnahmen in verschiedenen Funktionsstellungen (oder Aktivierungszuständen) durchgeführt werden. Bei Beschleunigungsverletzungen der HWS werden neben Aufnahmen in der Normalstellung in der Regel solche in unterschiedlicher Rechts- und Linksrotation sowie in Flexions- und Extensionsstellung des Schädels vorgenommen. Über die diagnostische Bedeutung der erhobenen Befunde und deren Eignung für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Distorsionen gehen die ärztlichen Meinungen auseinander. Dies gilt auch hinsichtlich der hier zur Diskussion stehenden Läsionen der Kopfgelenksbänder, insbesondere der Ligamenta alaria (nachfolgend: Ligg. alaria). Eine Durchsicht der von den Parteien eingereichten Auszüge aus der medizinischen Literatur und ein Blick auf das weitere Schrifttum (vgl. hierzu die Literaturhinweise in: Hans Schmidt/Jürg Senn [Hrsg.], Schleudertrauma - neuester Stand, Zürich 2004) zeigt ein uneinheitliches Bild. Teils wird der Aussagewert von FMRT-Befunden grundsätzlich in Frage gestellt, weil Untersuchungen ergeben haben, dass auch bei Personen ohne HWS-Distorsionstrauma Breitenasymmetrien der Ligg. alaria ausgesprochen häufig sind und die Bänder oft unregelmässige Konturen aufweisen, weshalb entsprechende Befunde in der Regel keinen zuverlässigen Schluss auf durch Schleudertrauma bewirkte Bandläsionen zulassen (C.W. Pfirrmann et al., Functional MR imaging of the craniocervical junction. Correlation with alar ligaments and occipito-atlantoaxial joint morphology: a study in 50 asymptomatic subjects, Schweiz. Medizinische Wochenschrift, 130/2000 S. 645-651). Verschiedene Autoren weisen auf die Schwierigkeiten bei der Interpretation der FMRT-Befunde hin, insbesondere wenn es um den Nachweis leichterer Läsionen und die Beurteilung des Schweregrades von Bandverletzungen geht (S. Roy et al., Pitfalls of magnetic resonance imaging of alar ligament, in: Neuroradiology, 46(5): 392-398; 2004; J.T. Wilminck/J. Patijn, MR imaging of alar ligament in whiplash-associated disorders: an observer study, in: Neuroradiology, 43(10) S. 859-63, 2001). Teils wird die Signifikanz des Befundes für eine durch Schleudertrauma verursachte Läsion generell oder unter bestimmten Voraussetzungen (hohe Signalintensität, Rotation des Kopfes, Schwere des Traumas) bejaht (so etwa: B.H. Johansson, Whiplash injuries can be visible by functional magnetic resonance imaging, in: Pain Res Manage, 11(3) S. 197-199, 2006; J. Krakenes/B.R. Kaale, Magnetic resonance imaging assessment of craniocervical ligaments and membranes after whiplash trauma [deutsch: MRT-Darstellung der craniocervicalen Ligamente und Membranen nach einem Schleudertrauma], in: Spine, 31(24), S. 2820-2826,

2006).

E. 6.2

Auf die medizinische Kontroverse und die diesbezüglichen Vorbringen der Parteien braucht an dieser Stelle nicht näher eingegangen zu werden. Auch besteht kein Anlass zur Einholung eines Grundsatzgutachtens, da hiervon kaum Erkenntnisse zu erwarten wären, welche sich auf den Ausgang des Verfahrens auswirken könnten (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162). Den diesbezüglich von Dr. med. N._____ erhobenen Befunden kann nämlich keine Bedeutung beigemessen werden, welche sich auf den Ausgang des Verfahrens auswirken könnte. Aus dessen Beurteilung kann insbesondere nicht geschlossen werden, dass die geltend gemachten Kopfschmerzen und zervikothorakalen Beschwerden auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen zurückzuführen sind, nachdem der FMRT-Befund laut Bericht des Radiologen lediglich einem alten Teilriss rechts und einem fraglichen Teilriss links entspricht und die Befunde an den Ligg. alaria weder als eindeutig ("entweder hyperintens oder nicht abgrenzbar") noch als erheblich (links: "nicht inhomogen", rechts: "etwas dünner") beschrieben werden. Zu einer andern Beurteilung gibt auch die von Dr. med. N._____ als sehr wahrscheinlich bezeichnete Instabilität der Kopfgelenke kein Anlass, zumal in den bisherigen Arztberichten, einschliesslich der Stellungnahme des Dr. med. U._____, eine eingeschränkte Beweglichkeit im HWS-Kopfgelenksbereich, aber keine Instabilität erwähnt wurde.

E. 7.1

Im Einspracheentscheid vom 16. September 2005 ist die SUVA zum Schluss gelangt, dass der Versicherte zwar nicht an organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen, jedoch an klinisch fassbaren Beschwerden leide, welche zum typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) gehören. Sie hat den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und den versicherten Unfallereignissen bejaht, die Adäquanz des Kausalzusammenhangs indessen verneint, wobei sie von den für psychische Unfallfolgen geltenden Regeln ausgegangen ist (BGE 115 V 133 ff.). Demgegenüber verneint die Vorinstanz den natürlichen Kausalzusammenhang auch bezüglich der Kopfschmerzen und der zervikothorakalen Beschwerden insbesondere im Hinblick darauf, dass für die Jahre 2000 bis 2004 keine Hinweise auf entsprechende Beschwerden vorhanden seien und neurologische Untersuchungen unauffällige Befunde ergeben hätten.

E. 7.2

Auf Grund der Akten steht fest, dass die Unfallbehandlung nach günstigem Verlauf am 2. Juni 2000 abgeschlossen werden konnte, nachdem der Beschwerdeführer die Arbeit bereits am 26. Oktober 1999 wieder voll aufgenommen hatte (Berichte Dr. med. M._____ vom 1. Februar und 5. Juni 2000). Für die folgende Zeit und bis zur Rückfallmeldung Anfang 2005 liegen keine Arztberichte vor. Seinen Angaben gegenüber dem Aussendienst der SUVA vom 9. März 2005 zufolge verspürte der Versicherte keine Nackenbeschwerden mehr, litt jedoch seit den Unfällen an Kopfschmerzen und an Sehbeschwerden. Hinzu kamen psychische Probleme und Schlafstörungen. Im Bericht vom 27. Februar 2005 führt die Psychiaterin Dr. med. D._____ aus, der Versicherte habe aus gesundheitlichen Gründen die Stelle wechseln müssen und nehme zur Zeit an einem

Beschäftigungsprogramm der Arbeitslosenversicherung teil, welches er aus gesundheitlichen Gründen kaum zu absolvieren vermöge; zu den Kopfschmerzen seien weitere Beschwerden dazugekommen, wie Schlaflosigkeit, Lärmempfindlichkeit, depressive Verstimmung und Kraftlosigkeit im ganzen Körper. Gestützt auf diesen Bericht hat der Ärztliche Dienst der SUVA Brückensymptome zu den versicherten Unfallereignissen und deren Folgen bejaht, was nicht zu beanstanden ist. Mit der SUVA ist daher davon auszugehen, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und diesen Ereignissen zumindest im Sinne einer Teilkausalität zu bejahen ist. Weil nachweisbare organische Unfallfolgen fehlen, hat eine spezifische Adäquanzbeurteilung zu erfolgen.

E. 8.1

Im Hinblick darauf, dass einerseits die unmittelbaren Unfallfolgen rasch abgeheilt waren, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen in der Folge höchstens in geringem Masse vorhanden waren und auch später keine wesentlichen somatischen Befunde erhoben werden konnten und dass andererseits schon anlässlich der Rückfallmeldung Anfang 2005 vom behandelnden Arzt auf eine zunehmende depressive Entwicklung sowie eine Schmerzausweitung geschlossen wurde (Berichte Dr. med. S. _____ vom 29. März und 15. April 2005) und sich der Beschwerdeführer in der Folge einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hat, ist davon auszugehen, dass für die Fortdauer des Beschwerdebildes psychische Faktoren ausschlaggebend waren. Auch wenn offenbar kein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliegt, ist auf Grund der vorhandenen medizinischen Akten anzunehmen, dass die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben waren, im Vergleich zur psychischen Problematik in der massgebenden Zeitspanne kurz nach dem Unfall bis zur Rückfallmeldung Anfang 2005 und dem für die Beurteilung ausschlaggebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 16. September 2005 aber ganz in den Hintergrund getreten sind. Die Adäquanzbeurteilung ist daher nicht nach den für Schleudertraumata oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a S. 99, RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437, je mit Hinweisen).

E. 8.2

Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle bei der Adäquanzbeurteilung in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall bestehen insofern besondere Verhältnisse, als der Beschwerdeführer kurz nacheinander zwei Auffahrunfälle erlitten hat und der Heilungsprozess bei Eintritt des schwereren zweiten Unfalls noch nicht abgeschlossen war. Zudem ist der alkoholisierte Unfallverursacher - mit allerdings unbekannter Geschwindigkeit - offenbar praktisch ungebremst in den stehenden Personenwagen gestossen, welcher von der Bushaltestelle auf die Strasse geschleudert wurde. Der Sachschaden am angefahrenen Fahrzeug wurde polizeilich auf ca. Fr. 10'000.- geschätzt. Es rechtfertigt sich unter diesen Umständen, den Unfall als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren, wie auch die SUVA im Einspracheentscheid vom 16. September 2005 angenommen hat.

E. 8.3

Auch wenn es sich jedenfalls beim zweiten Unfall um eine heftige Kollision gehandelt hat, haben sich die beiden Unfälle nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch waren sie - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313) - von besonderer Eindringlichkeit. Sie hatten weiter keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung und insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3 mit Hinweisen). Solche Umstände sind hier indessen nicht gegeben. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Die medizinischen Massnahmen beschränkten sich auf ambulante Physiotherapie, die Verordnung eines Halskragens und eine medikamentöse Behandlung. Bereits am 2. Juni 2000 konnte die Behandlung abgeschlossen werden. Eine erneute ärztliche Behandlung erfolgte anscheinend erst Ende 2004/Anfang 2005. Dabei stand jedoch die psychische Problematik im Vordergrund, was bei der Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben hat (Urteil U 79/05 vom 10. Februar 2006). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenso wenig gesprochen werden wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile U 79/05 vom 10. Februar 2006, U 343/02 vom 25. Oktober 2002 und U 313/01 vom 7. August 2002). Solche Gründe sind hier nicht gegeben. Vielmehr war es die psychische Symptomatik, welche zu einem protrahierten Heilungsverlauf geführt hat. Zum Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer bereits am 25. Oktober 1999 die Arbeit wieder voll aufnehmen konnte. Die Aufgabe der seit 2003 bei der Firma I. _____ verrichteten Tätigkeit erfolgte nach Angaben des Beschwerdeführers wegen der Sehbeschwerden. Diese sind nach dem Gesagten indessen nicht unfallbedingt. Dass er ab März 2004 nicht mehr arbeitete, lässt sich höchstens teilweise mit Unfallfolgen begründen und war weitgehend psychisch bedingt, wofür auch der Umstand spricht, dass die somatische Behandlung Anfang 2005 eingestellt und von einer psychiatrischen Therapie abgelöst wurde. Das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann unter diesen Umständen nicht als erfüllt gelten. Ob schliesslich das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu bejahen ist, kann offen bleiben, weil es jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind, ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 9

Dem Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung (Art. 64 Abs. 1 und 2 BGG) kann entsprochen werden, weil die Bedürftigkeit auf Grund der eingereichten Unterlagen als ausgewiesen gelten kann, die Vertretung durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin als geboten erscheint und die Beschwerde nicht als

aussichtslos bezeichnet werden kann (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 S. 135, 128 I 225 E. 2.5.3 S. 235). Der Beschwerdeführer wird der Gerichtskasse jedoch Ersatz zu leisten haben, wenn er später dazu in der Lage ist (Art. 64 Abs. 4 BGG).

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