

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/57 vom 11. September 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2006_57

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/57 du 11 septembre 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/57 del 11 settembre 2007

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Einschränkungen im Nachgang zu einer HWS-Distorsion. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. September 2007, UV 2006/57).

Erwägungen

E. 1

a) Streitig ist, ob die Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 31. Oktober 2005 (Taggelder und Heilungskosten) zu Recht erfolgt ist oder ob sie auch nach diesem Zeitpunkt Leistungen aufgrund des Unfalls vom 27. Februar 2005 zu erbringen hat. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschädigungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) und einem Unfall sowie die Beweisanforderungen (Erwägungen 1, 3a) zutreffend dargelegt; darauf kann verwiesen werden. b) Dr. A. ___ bescheinigte am 20. April 2005, in der Zeit seit dem Unfall vom 27. Februar 2005 hätten sich die HWS-Beweglichkeit wieder normalisiert und die Muskelverspannung im Nacken-Schulterbereich zurückgebildet. Der Beschwerdeführer leide an einem chronifizierten Schmerzsyndrom, das bereits vor dem Unfall vom 27. Februar 2005 bestanden habe. Wegen dieses Schmerzsyndroms sei er mehrere Monate 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Ein Versuch, ihn via RAV wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, habe im März 2005 abgebrochen werden müssen (UV-act. I/14). Am 2. April bzw. 6. Juli 2005 bestätigte Dr. A. ___ die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% bzw. volle Arbeitsfähigkeit ab 1. April 2005 (UV-act. I/15, I/22). Dr. med. D. ___, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 16. September 2005 einen Status nach Autounfall am 27. Februar 2005 mit Kopfprellverletzung und HWS-Distorsionstrauma ohne fokale neurologische Defizite, einen Status nach Unfallereignis im Jahr 2000, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom zervikal und lumbal sowie einen Schulter-Arm-Schmerz rechts und ein seit Jahren bekanntes, verstärkt nach der Scheidung aufgetretenes depressives Syndrom. Nach Angaben des Patienten habe sich die Beschwerdesymptomatik nach dem Unfallereignis vom 27. Februar 2005 wieder deutlich verstärkt. Von neurologischer Seite her handle es sich um eine Verschlimmerung von vorbestehenden Symptomen bei psychosozialer Belastungsreaktion (Scheidung, Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Sorgen). Bereits seit 2000 bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, sowohl lumbovertebral als auch zervikal. Von klinisch-neurologischer Seite her bestünden keine Hinweise auf Nervenschädigungen. Es lägen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen vor, die zum einen im Rahmen von medikamentösen

Nebenwirkungen, aber auch des chronifizierten Schmerzsyndroms sowie im Rahmen der Depression zu erklären seien. Wann der vor dem Unfall vom 27. Februar 2005 bestehende Status wieder eintreten werde, könne nicht sicher bestimmt werden. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 50%. Hierbei wäre der Patient nur für leichte Arbeiten sowie wechselnde Körperhaltungen einsetzbar (UV-act. I/24; vgl. auch Bericht vom 19. Mai 2006 [act. G 1.2/1]). Eine Abklärung im Röntgeninstitut Dr. med. E.____, ergab gemäss Bericht vom 14. Oktober 2005 unter anderem Degenerationen C5/C6 mit ventralbetonter Spondylosis und Unkarthrosis mit minimier Einschränkung der Beweglichkeit (HWS) sowie eine rechtskonvexe Skoliosefehlhaltung der oberen LWS und mässiggradige Spondylosis der unteren LWS sowie mässiggradige Spondylarthrosen (UV-act. I/32). Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____ führte im Nachgang zu einer Untersuchung vom 14. Oktober 2005 unter anderem aus, die beschriebenen degenerativen Veränderungen seien alt; sie könnten sich nicht innerhalb von 7 ½ Monaten seit dem 27. Februar 2005 entwickelt haben. Weder klinisch noch radiologisch seien im Bereich der HWS Folgen des Unfalls vom 27. Februar 2005 objektivierbar. Seitens der Kopfkontusion bestünden keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen. Beim Unfall habe keine Traumatisierung der Kreuz- bzw. Lendengegend stattgefunden. Beim chronifizierten Lumbovertebralsyndrom handle es sich nicht um die Folge eines Suva-versicherten Unfalls. Dasselbe gelte auch für die seit Jahren beklagten Schulterbeschwerden rechts; hier bestehe ebenfalls keine Befundänderung gegenüber früher. Im Vordergrund stünden die psychischen bzw. psychiatrischen Probleme, die nicht auf die beiden Suva-versicherten Unfälle zurückgeführt werden könnten. Im Weiteren liege eine ausgesprochene Medikamenten- respektive Analgetikaabhängigkeit vor (UV-act. I/33). Rheumatologe Dr. med. F.____ kam im Bericht vom 31. Oktober 2005 zum Schluss, seit dem Unfallereignis vom 27. Februar 2005 hätten sich sowohl die vertebrale als auch die psychische Problematik verstärkt. Es liege eine Verschlimmerung von vorbestehenden Symptomen vor. Wann genau die Unfallfolgen abgeheilt sein würden, sei im Moment nicht prognostizierbar. Bei dieser chronischen und komplexen psychomuskuloskelettalen Problematik mit seit über zwei Jahren anhaltender Arbeitsunfähigkeit werde auch in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit kaum zu erreichen sein (UV-act. I/38). c) Gemäss Bericht von Dr. med. B.____, FMH für ORL sowie Hals- und Gesichtschirurgie, vom 27. Dezember 2005, bei welchem der Beschwerdeführer schon vor dem Unfall vom 27. Februar 2005 in Behandlung gestanden hatte, leidet dieser an einer Schwindelsymptomatik mit Gleichgewichtsstörung und an einer störenden visuellen Symptomatik. Eine Verschlechterung der vorbestehenden Rückenproblematik sei nach einem Unfall wie demjenigen vom 27. Februar 2005 sehr wahrscheinlich. Die Funktionsstörung im Bereich der oberen HWS sei verdächtig auf eine Funktionsstörung und Mikroläsionen im Bereich der cervikalen Facettengelenke. Eine solche Verletzung sei mit anderen Untersuchungsmethoden wie HWS-Röntgenaufnahmen und Kernspintomographie nicht erfassbar (UV-act. I/53). Am 9. August 2006 berichteten die Ärzte der Klinik Valens über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 5. bis 26. Juli 2006. Sie bestätigten für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht eine solche von 50%, bezogen auf den Berichtszeitpunkt, und erachteten eine psychiatrische Neu Beurteilung nach drei bis sechs Monaten für erforderlich (act. G 19.1/8). Am 30. August 2006 berichtete Dr. D.____, anlässlich der Untersuchung am 10. Mai 2006 hätten weiterhin Verspannungen im Schulter-Nackengebiet bestanden, und bestätigte, dass eine unfallbedingte Verschlechterung des Beschwerdebildes eingetreten sei (act. G 10.1, 19.1). Dr. F.____

bestätigte am 28. August 2006 aus psychomuskuloskelettaler Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei sehr schwierig abzuschätzen, wann bezüglich des durch den Unfall verschlimmerten zervikozephalen Syndroms der Status quo sine erreicht sei. Er könne nur von den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sowie seiner Einschätzung des Vorzustands und der Entwicklung ohne Unfall ausgehen (act. 10.2). Gemäss Gutachten der MEDAS-Ostschweiz vom 18. Januar 2007 hatte das Unfallereignis von 2005 aus orthopädischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und den Heilungsverlauf. Aus psychiatrischer Sicht bestanden keinerlei Hinweise auf eine unfallkausale Komponente. Neurologischerseits konnten ebenfalls keine Unfallfolgen nachgewiesen werden. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung seien die vom Patienten beklagten Beschwerden diskrepant zu den klinisch erhobenen unauffälligen Befunden gewesen. Auch in der Anamneseerhebung seien die Angaben nicht immer konklusiv gewesen. Trotz Zunahme der degenerativen Veränderungen im Segment C5/C6 habe sich eine gute Kopfbeweglichkeit gezeigt. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den körperlichen Befunden könne die Differentialdiagnose einer Renten neurose nicht ausgeschlossen werden (act. G 15.1 S. 17-21).

E. 2

a) Eine unfallanalytische Begutachtung ergab gemäss Bericht vom 2. Juni 2005 eine durch den Unfall vom 27. Februar 2005 bedingte Geschwindigkeitsänderung des Personenwagens des Beschwerdeführers zwischen 14.5 und 20 km/h. Aufgrund der konkreten Umstände habe der Sicherheitsgurt bei korrekter Benützung einen Kontakt des Kopfs an Lenkrad, Frontscheibe oder Armaturenbrett zuverlässig verhindern können. Es bestünden keine Hinweise für eine Nichtbenützung des Gurts durch den Beschwerdeführer (UV-act. I/55). Nach Lage der medizinischen Akten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass sich die vom Beschwerdeführer aktuell angegebenen Beschwerden nicht auf eine objektivierbare organische Schädigung bzw. eine strukturelle Veränderung an der HWS zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 27. Februar 2005 in Zusammenhang zu bringen ist. Die Veränderungen an der HWS und der LWS sind degenerativer Natur und bestanden schon vor dem Unfall (vgl. UV-act. I/22, 24 S. 3, 27, 32, 33, 34, 38). Es kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer bei diesem Unfall eine HWS-Distorsion erlitt und Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen unmittelbar nach dem Ereignis auftraten (UV-act. I/3, 14, 19, 24, 27, 38). Dr. A.____ bestätigte zwar bereits am 20. April 2005 - bei vorbestehendem chronifiziertem Schmerzsyndrom - die Normalisierung der HWS-Beweglichkeit und die Rückbildung der Muskelverspannung im Nacken-Schulterbereich, vermerkte dann jedoch am 27. April 2005 weiterhin bestehende Nackenschmerzen (UV-act. I/14, 15). Relativ rasch nach dem Unfall - der genaue Beginn ist aus den Akten nicht ersichtlich - zeigte sich ein psychisches Zustandsbild, welches als Depression bei psychosozialer Belastungssituation ebenfalls bereits vor dem Unfall bestanden hatte (vgl. UV-act. I/24 S. 3, 38 S. 3). Gemäss Polizeibericht klagte der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen (UV-act. I/2.1 S. 5), und im Bericht von Dr. F.____ wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vermehrt über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schwindel, Sehstörungen, ausgeprägte Müdigkeit und Schlafstörungen klagte (UV-act. I/24 S. 2, I/38 S. 2). Auch nach der neueren Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) muss nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um bei Unfällen mit HWS-Beteiligung von einer Unfallkausalität ausgehen zu können. Selbst wenn lediglich

zwei Beschwerdeausprägungen zu bejahen sind, lässt sich unter Umständen eine Beschwerdebildhäufung nicht verneinen. Innerhalb der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Unfall müssen sich sodann lediglich Nacken- bzw. HWS-Beschwerden manifestieren, und nicht auch jene, die typischerweise im Rahmen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], Erw. 5.3 mit Hinweisen). Ein Beschwerdebild, wie es typischerweise nach schleudertraumaähnlicher Verletzung auftreten kann, lässt sich vorliegend nicht einfach in Abrede stellen. Allerdings ist unklar, inwieweit dessen Ursache effektiv in der Unfalleinwirkung liegt. Gegen die Annahme einer - auch nur teilweise unfallbedingten - Beschwerdebildhäufung spricht die Einschätzung der MEDAS-Gutachter, wonach keinerlei Hinweise auf eine unfallkausale Komponente hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Heilverlauf bestünden. Hierbei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass die rückwirkende Interpretation der im Verlauf des Jahres 2005 bestehenden tatsächlichen (medizinischen) Verhältnisse im Rahmen einer im Oktober 2006 erfolgten Begutachtung eher mit Zurückhaltung zu verwenden ist. Dies umso mehr, als - wie der Beschwerdeführer zu Recht einwenden lässt (act. G 19 S. 8) - an der MEDAS-Begutachtung kein Rheumatologe beteiligt war und das Gutachten überdies die Berichte von Dr. D.____ und Dr. F.____ zwar erwähnt, aber zu deren Inhalt keine Stellung bezieht. Für die Einschätzung der MEDAS-Gutachter spricht demgegenüber die Feststellung von Dr. D.____, welcher die Beschwerdesymptomatik und insbesondere auch die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen mit dem Hinweis auf medikamentöse Nebenwirkungen sowie das chronifizierte Schmerzsyndrom und die Depression erklärte (UV-act. I/24 S. 3, act. G 1.2 /1; vgl. auch Medikamentenliste in UV-act. I/33 S. 4). Andererseits wurde eine unfallbedingte Verschlimmerung des Beschwerdebildes vom gleichen Arzt sowie von Dr. F.____ bestätigt (UV-act. I/24, 38; act. G 10.1), was wiederum für eine - wenn auch zeitlich befristete - Unfalleinwirkung mit daraus resultierendem typischem Beschwerdebild spricht. Hievon ging im Resultat auch die Beschwerdegegnerin aus, indem sie ihre Leistungspflicht bis 31. Oktober 2005 anerkannte. b) Zu den von Dr. B.____ festgestellten Befunden ist festzuhalten, dass es sich nach der Rechtsprechung bei der Posturographie um eine in Fachkreisen zwar nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode handelt, deren Wissenschaftlichkeit nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzliche Informationen, und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen. Daraus folgt, dass der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch Dr. med. B.____ der Beweiswert zwar nicht ohne weiteres abgesprochen werden kann; direkt verwertbare Aussagen zur Unfallkausalität lassen sich aus ihr jedoch nicht ableiten (vgl. Urteil des EVG vom 29. März 2006 i/S J. [U 254/04] Erw. 2.3.2). Was die erstmals von Dr. F.____ in der Anamnese des Berichts vom 31. Oktober 2005 - acht Monate nach dem streitigen Unfall - vermerkten Schwindelanfälle und Sehstörungen bzw. die von Dr. B.____ am 27. Dezember 2005 bestätigte Symptomatik (Störungen des Visus und des Gleichgewichts) betrifft, so ist festzuhalten, dass diese angesichts der erheblichen unfallfremden Umstände (insbesondere auch des umfangreichen Medikamentengebrauchs) und des um mehrere Monate verzögerten Auftretens der Symptomatik sich nicht

überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 27. Februar 2005 zurückführen lassen; ebenso wahrscheinlich ist eine vollständig unfallfremde Ursache. Sodann ist festzuhalten, dass sich anlässlich des streitigen Unfalls nicht überwiegend wahrscheinlich eine leichte traumatische Hirnverletzung ereignete. c) Ausgehend davon, dass ein teilweise unfallkausales typisches Beschwerdebild für die Zeit nach dem streitigen Unfall vom 27. Februar 2005 zu bejahen ist, bleibt zu klären, ob die vom Beschwerdeführer angeführten Beschwerden auch für die Zeit nach dem 31. Oktober 2005 eine natürlich- und adäquat-kausale Folge des Unfalls darstellen. Dabei ist von Bedeutung, dass das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, trägt - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - der Unfallversicherer insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu seinen Ungunsten ausfällt (RKUV 1992 S. 75 Erw. 4b). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003 i/S. S., U 287/02, Erw. 4.4). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 162 Erw. 1d, RKUV 1999 Nr. U 332 S. 194 Erw. 2a/bb, 1997 Nr. U 281 S. 282 Erw. 1a; vgl. auch BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

d) Nach der Rechtsprechung muss auch bei Vorliegen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Nachweis möglich sein, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79), oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Sodann ist die Rechtsprechung für psychische Störungen nach einem Unfall (BGE 115 V 133) analog anzuwenden bei Versicherten, bei denen die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiter besteht und nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen ist (Urs Müller, Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum adäquaten Kausalzusammenhang beim so genannten Schleudertrauma der Halswirbelsäule [HWS]: Leitsätze, Kasuistik, Tendenzen, in: SZS 45/2001 S. 418). Gemäss den Dres. D.____ und F.____ verschlimmerte sich das vor dem Unfall bestandene psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers durch den Unfall; sie bringen es insofern teilweise natürlichkausal mit der Unfalleinwirkung in Verbindung (UV-act. I/24, 38; act. G 10.2). Der psychischen Problematik kam bereits rasch nach dem Unfall Bedeutung zu. Indessen kann nicht gesagt werden, dass im späteren Verlauf die

psychischen Probleme im Vergleich zur physischen Problematik gesamthaft gesehen im Vordergrund gestanden hätten, zumal auch noch im MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2007 neben einer psychogenen Überlagerung ein chronisches cervikocephales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert wurde (act. G 15.1 S. 18). Hingegen bestätigten die MEDAS-Gutachter, dass es sich bei den psychischen Problemen nicht um eine unfallkausale Reaktion handelte, indem sie Hinweise auf unfallkausale Komponenten bzw. einen Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall verneinten (act. G 15.1 S. 20, 21). Die psychische Reaktion des Beschwerdeführers stellte damit aus der Sicht der MEDAS-Gutachter nicht eine gesundheitliche Folge dar, wie sie nach HWS-Distorsionen durchaus üblich ist und zum typischen Beschwerdebild gezählt wird. Gegen eine solche Annahme sprechen auch die erwähnten Einschätzungen von Dr. F.____. Dr. D.____ erklärte sich demgegenüber mit den Ergebnissen der MEDAS-Begutachtung einverstanden (act. G 24.1). Eine abschliessende Klärung der Frage kann unterbleiben, denn selbst wenn die zum typischen Beschwerdebild einer Distorsion der HWS gehörenden Beeinträchtigungen während des ganzen zu prüfenden Zeitraums bis 29. März 2006 (Datum angefochtenen Entscheids; vgl. BGE 121 V 362 Erw. 1b mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. August 2002 [U 172/00] Erw. 3.2 und 4.2) wenigstens teilweise als gegeben zu erachten wären und damit die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 Erw. 3b), zur Anwendung käme, müsste die Adäquanz, wie nachstehend zu zeigen sein wird, verneint werden. Ein Beizug der vollständigen Akten der Invalidenversicherung kann unter diesen Umständen unterbleiben, zumal aus dem MEDAS-Gutachten der Verlauf im Detail ersichtlich ist. Eine weitere Begutachtung (vgl. act. G 19 S. 8) dürfte aus demselben Grund zu keinem anderen Resultat führen. Offen bleiben kann schliesslich, inwiefern der Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, wonach es dem Kreisarzt Dr. G.____ an Objektivität mangle (vgl. act. G 19. S. 6), als zutreffend zu erachten ist. e) Beim Ereignis vom 27. Februar 2005 mit seitlich frontaler Kollision ist in Anbetracht der Unfallumstände sowie der dokumentierten Fahrzeugschäden (UV-act. I/2.1, 55) von einem mittelschweren Unfall auszugehen (vgl. den vergleichbaren Sachverhalt im Urteil des EVG vom 10. April 2006 [U 177/05] Erw. 5.1). Eine besondere Eindringlichkeit oder dramatische Begleitumstände sind nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen und nicht das subjektive Erleben des Ereignisses massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Bei der erlittenen HWS-Distorsion als solcher handelt es sich nicht um eine Verletzung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist festzuhalten, dass gemäss MEDAS-Gutachten im streitigen Einstellungszeitpunkt und danach eine psychotherapeutische Behandlung zwar als erforderlich erachtet, jedoch aufgrund der Uneinsichtigkeit des Beschwerdeführers als zum Scheitern verurteilt angesehen wurde; zudem wurde von Seiten der MEDAS-Gutachter die Unfallbedingtheit der Behandlung als solche verneint (act. G 15.1 S. 20f). In der Stellungnahme vom 12. März 2007 erklärte Dr. F.____ unter anderem, mit medizinischen Massnahmen könne keine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit erreicht werden (act. G 19.1/5). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10

Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für so lange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Aufgrund der dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit einer eigentlichen (unfallbedingten) Behandlung über den Einstellungszeitpunkt hinaus nicht bejaht werden. Dies umso weniger, als die Gutachter der MEDAS eine unfallkausale Komponente sowohl aus orthopädischer und psychiatrischer als auch aus neurologischer Sicht verneinten. Angesichts dieser Gegebenheiten war ab dem 31. Oktober 2005 die Ablehnung weiterer Heilbehandlungen gerechtfertigt. In diesem Sinn sind eine lange Behandlungsdauer, aber auch ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht auszugehen. Die von den MEDAS-Gutachtern bestätigte quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20% (vorwiegend aus psychiatrischer Sicht) und die zusätzliche qualitative Einschränkung aus neurologischer und orthopädischer Sicht, seit Anfang 2004 bestehend (act. G 15.1 S. 20f), lässt sich nicht auf den Unfall vom 27. Februar 2005 zurückführen. Dr. F.____ begründete seine hievon abweichende Schätzung (100%ige Arbeitsunfähigkeit) nicht näher; aus seiner Stellungnahme vom 28. August 2006 (act. G 10.2) lässt sich insbesondere nicht eine unfallbedingte Verschlimmerung über den 31. Oktober 2005 (Einstellungsdatum) hinaus ableiten. Inhaltlich stimmte Dr. F.____ in der Stellungnahme vom 12. März 2007 (act. G 19.1/5) dem MEDAS-Gutachten grundsätzlich zu, stellte sich jedoch auf den Standpunkt, dass bei der Bemessung der Arbeitsunfähigkeit die Schmerzen zu wenig berücksichtigt worden seien. Nach der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) wäre eine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit zu bejahen, wenn ein rein durch den streitigen Unfall bedingter, erheblicher Anteil einer (lang dauernden) Arbeitsunfähigkeit als nachgewiesen anzusehen wäre. Dieser Nachweis lässt sich gestützt auf die medizinischen Akten für keinen Zeitpunkt nach dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit führen, da mit Blick auf die vorbestehenden Gesundheitsschäden eine unfallfremde Einwirkung auf die Arbeitsfähigkeit ebenso wahrscheinlich ist. Der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichte Abklärungsbericht Verzahnungsprogramm (act. G 19.1/7), in welchem die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers mit 40-60% angegeben wird, vermag hieran nichts zu ändern. Wenn das Vorliegen von Dauerschmerzen gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers in den medizinischen Akten zu bejahen wäre, läge bezüglich des streitigen mittelschweren Unfalls nur ein einzelnes Adäquanzkriterium vor. Damit lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der HWS-Beschwerden für die Zeit ab 31. Oktober 2005 verneint hat. Dies wäre erst recht der Fall, wenn von einer unfallfremden, im Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen wäre.

E. 3

Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 3'200.--.

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