

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/77 vom 15. Juni 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2006_77

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/77 du 15 juin 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/77 del 15 giugno 2007

Regeste

Art. 6 UVG. Unfall mit Schleudertrauma der HWS ohne klar ausgewiesene strukturelle Unfallfolgen. Verneinung einer psychischen Störungen mit Krankheitswert im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2007, UV 2006/77).

Erwägungen

E. 1

a) Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 17. November 2002 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Streitig ist, ob sie auch für die nach dem 30. April 2006 (Leistungseinstellung) geltend gemachten gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers in Form von Kopf- und Nackenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, schwarz werden vor den Augen sowie lumbalen und lumbosakralen Schmerzen bei Belastung mit Schmerzausstrahlungen in die Beine und radikulären Hinweisen (Suva-act. 60) aufzukommen hat. b) Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen und Grundsätze über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen einer Gesundheitsschädigung und dem versicherten Unfall (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e) zutreffend dargelegt. Darauf kann verwiesen werden. Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2).

E. 2

a) Vorweg ist auf die im angefochtenen Einspracheentscheid (Erw. 1) zutreffend wiedergegebene Unterscheidung der drei Kategorien gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf körperlicher Ebene im Zusammenhang mit Schleudertraumen der HWS, ähnlichen Verletzungen oder Schädel-Hirn-Traumen zu verweisen. Nach Lage der medizinischen Akten ist konkret mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass die vom Beschwerdeführer aktuell angegebenen Beschwerden zwar klinisch fassbar sind, sich jedoch nicht auf eine objektivierbare organische Schädigung bzw. strukturelle Veränderung zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 17. November 2002 in Zusammenhang zu bringen wäre. b) Laut den computertomographischen Untersuchungen von Dr. D.____ vom 4. April 2003 (Suva-act. 18) bzw. 7. Mai 2004 (Suva-act. 60) weist der Beschwerdeführer

im Bereich der HWS, der Kopfgelenke sowie der LWS sichtbare Gesundheitsschäden auf. Im Bereich der HWS sowie der Kopfgelenke zeigten sich diese in Form einer Osteochondrose, einer Spondylose, leichter diffuser Protrusionen, einer Diskushernie sowie in Form von Verkalkungen. Die LWS wies ebenfalls eine Osteochondrose und eine Spondylose, eine Protrusion und eine Diskushernie auf. Sichtbar waren ausserdem eine Synoviazyste, eine Sklerose sowie arthrotische Veränderungen. Bei all diesen Gesundheitsschäden handelt es sich jedoch im Regelfall oder sogar uneingeschränkt um degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule und nicht um Folgen eines Traumas (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579 ff., 848 ff.; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl. Berlin 2002, S. 131, 1223, 1550, 1571). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; ab Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) in seiner Rechtsprechung betreffend Diskushernien festhielt, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. So kann eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Gefordert wird zudem eine vollständig unauffällige prätraumatische Anamnese (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192; Urteil des EVG vom 9. Oktober 2003 [U 360/02] i/S. Z., E. 4.2; vgl. auch Medizinische Mitteilungen der SUVA [Nr. 68, 17]; DEBRUNNER, a.a.O., S. 880). Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005 [U 163/05] i/S. R., E. 3.1). Solche Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht gegeben. Konkret lag weder ein Unfallereignis vor, das von der Bewegung her geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu schädigen noch ein solches von besonderer Schwere. Abgesehen davon ist aus den Akten auch nicht ersichtlich, inwiefern die LWS überhaupt direkt traumatisiert worden ist. Die Vielzahl/Vielartigkeit der Degenerationen im Bereich der HWS, der Kopfgelenke und der LWS nebst den Protrusionen und Diskushernien und auch deren teilweise aufeinander gründen (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 827, 848 ff., 852; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1550, 1571), spricht gleichfalls gegen eine traumatische Ursache. In diesem Sinn führt Dr. D.____ hinsichtlich der LWS eine ausgeprägte Degeneration der Etage L5/S1 an. Sicherlich habe die Segmentdegeneration schon vor dem Unfall vom 17. November 2002 bestanden, auch wenn der Patient glaubhaft angegeben habe, seit 13 Jahren als Staplerfahrer und Betonpräparator/Mischer arbeitsfähig gewesen zu sein. Dr. E.____ spricht ebenfalls vom Nachweis degenerativer HWS-Veränderungen (Suva-act. 22). Dr. H.____ hält in seiner ärztlichen Beurteilung vom 21. Mai 2005 fest, es würden besonders im Bereich der HWS und LWS krankhafte Rückenbeschwerden bzw. schwerwiegende degenerative Veränderungen vorliegen und verweist auf die computertomographischen Befunde von Dr. D.____ (Suva-act. 93). Die prätraumatische Anamnese der LWS scheint denn auch nicht vollständig unauffällig gewesen zu sein. Dr. C.____ vermerkte die LWS-Schmerzen im Arzzeugnis vom 11. Dezember 2002 separat und bereits als am 8. Dezember 2000 aufgetreten (Suva-act. 2). Die Beschwerden im Bereich der LWS und HWS sind ausserdem

nicht unverzüglich aufgetreten (vgl. Suva-act. 5). Die von Dr. C.____ am 18. November 2002 durchgeführte röntgenologische Untersuchung der HWS (Suva-act. 2), die von Dr. D.____ durchgeführten computertomographischen Untersuchungen der HWS, der Kopfgelenke und der LWS (Suva-act. 18, 60) und die Untersuchung des Gehirns im MRI durch die Klinik F.____ (Suva-act. 31) ergaben schliesslich keine Hinweise für das Vorliegen posttraumatischer, ossärer bzw. discoligamentärer Läsionen. Als Befunde wurden von Dr. C.____ einzig Druckdolenz im Bereich der HWS, der LWS sowie des Sternocleido und Bewegungseinschränkungen der HWS erhoben (Suva-act. 2). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Druckdolenz und Bewegungseinschränkungen laut höchstrichterlicher Rechtsprechung grundsätzlich kein klar fassbares, organisches Substrat darstellen (vgl. Urteile des EVG vom 3. August 2005 [U 9/05] i/S M., E. 4, und 23. November 2004 [U 109/04] i/S B., E. 2.2). Die im Aktengutachten des SIVM zu einem kleinen Teil - höchstens 10% der gesamten Symptomatik - als Residuen der Nackendistorsion gewerteten chronifizierten Nackenschmerzen (Suva-act. 97) sind in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ebenfalls nicht einem klar nachweisbaren strukturellen Substrat gleichzusetzen. Diese nicht näher begründete Beurteilung steht im Widerspruch zu den computertomographischen und röntgenologischen Befunden und ist im Sinn der Rechtsprechung nicht objektiviert. Die von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Augenkrankheiten, aufgrund der geklagten Sehstörungen beidseits durchgeführte augenärztliche Untersuchung ergab offensichtlich auch keinen Hinweis auf eine Verletzungsfolge des Unfalls vom 17. November 2002 (Suva-act. 12).

E. 3

Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie äquivalenten Distorsionen der HWS (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. 341 S. 408 E. 3b) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine Distorsion der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Gemäss den medizinischen Akten sowie mit Blick auf den Unfallmechanismus vom 17. November 2002 - zweimaliger Aufprall des nachfolgenden Personenwagens gegen das Heck des Wagens des Beschwerdeführers sowie Zusammenprall des Wagens des Beschwerdeführers mit dem vor ihm stehenden Personenwagen (zweiseitige Auffahrkollision) - ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma oder zumindest eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat (vgl. Suva-act. 2, 15) und sich nach dem Unfall innerhalb der erforderlichen Latenzzeit (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29) für eine solche Verletzung typische Beschwerden in der Halsregion bzw. an der HWS (Nackenschmerzen, Schmerzausstrahlungen in beide Schultern, Schmerzen im Bereich der Sternocleido links), aber auch andere typische Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Sehstörungen und Rückenschmerzen, manifestierten (Suva-act. 2, 5; Urteil der Sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G., E. 4.3; Liste in H. SCHMIDT/J. SENN [Hrsg.], Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.). Auch nach der neueren Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) muss nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer (natürlichen) Unfallkausalität ausgehen zu können. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des

Beschwerdeführers bis 30. April 2006 anerkannt.

E. 4

a) Wenn sie nun geltend macht, ab 1. Mai 2006 seien keine Unfallfolgen mehr vorhanden, so ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss aber nicht der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrehen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn der Unfallversicherer haftet bei einmal bejahter Unfallkausalität nicht so lange, als er unfallfremde Ursachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 [U 25/02] i/ Z.; vom 25. Oktober 2002 [U 14302] i/S L., E. 3.2; vom 31. August 2001 [U 285/00] i/S O.). b) Bei der Prüfung der natürlichen Kausalität ist zu beachten, dass es auch im Bereich von schleudertraumatypischen Beschwerden für die Leistungsberechtigung gegenüber dem Unfallversicherer erforderlich ist, dass die geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und dass diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen (natürlichen) Zusammenhang mit dem versicherten Unfall steht (BGE 119 V 341 E. 2b/bb). Bereits in seinem Schreiben an Dr. D. ___ vom 15. Februar 2003 stellte Dr. C. ___ die Frage, wie einer Chronifizierung vorgebeugt werden könne. Der Verlauf werde jetzt "langweilig" (Suva-act. 10). Mit Schreiben vom 14. April 2003 an die Suva wiederholte Dr. C. ___ seine Bedenken einer Chronifizierung und äusserte den Gedanken an einen stationären Aufenthalt in der Klinik F. ___ (Suva-act. 20). Dr. E. ___ hielt in seinem Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 9. Mai 2003 fest, es handle sich im Fall des Beschwerdeführers um Beschwerden im Sinn eines Zervikalsyndroms mit im Vordergrund stehenden Kopfschmerzen nach einer HWS-Distorsion anlässlich einer zweiseitigen Auffahrkollision am 17. November 2002. Wie üblich in solchen Fällen seien die klinischen Befunde, insbesondere die kooperationsabhängigen Befunde, bescheiden (Suva-act. 22). Die Klinik F. ___ stellte im Austrittsbericht vom 8. August 2003 eine deutliche Selbstlimitierung des Beschwerdeführers in den Therapien und im Basistest fest. Bei optimaler Leistungsbereitschaft und Kooperation wäre aus rein somatisch-funktioneller Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Belastbarkeit für mindestens eine leichte Arbeit ganztags ohne länger dauernde Tätigkeit über Brusthöhe erreichbar gewesen. Durch die psychische Problematik sei mit einer gewissen Leistungseinbusse zu rechnen. Sie sollte aber das Ausmass von 50% nicht überschreiten (Suva-act. 31). Im psychosomatischen Konsilium der Klinik F. ___ wurden die Diagnosen einer Anpassungsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.2) sowie eines im Zusammenhang mit den Schmerzen bestehenden maladaptiven

Überzeugungs- und Bewältigungsmusters (Symptomausweitung) gestellt. Beurteilend wurde ausgeführt, dass die Nervosität und eine entsprechende dysphorische Reaktion das Ausmass eines ausschliesslich affektiven Hyperarousals bei chronischem Schmerzsyndrom übersteigen würden und den Grad einer Anpassungsstörung erreicht hätten. Ratlosigkeit und Angst vor einem erheblichen gesundheitlichen Schaden würden zu einer Anspannung führen, dies bei einem Patienten, der eher dazu neige, Probleme, Kränkungen und Enttäuschungen ohne grössere manifeste äussere Reaktion hinzunehmen. Zudem bestehe vor allem ein maladaptiver Umgang mit der Schmerzproblematik. Obwohl sichtlich unter seiner Situation leidend, gelinge es dem Patienten nicht, einen einigermaßen adäquaten und freieren Umgang mit der Schmerzproblematik zu finden. Über diesen Mechanismus müsse auch eine Tendenz zur Selbstlimitierung und Aktivitätseinschränkung mit in Betracht gezogen werden (Suva-act. 30). Dr. phil. I. ____, dipl. akademischer Psychologe, dipl. Psychoanalytiker, Psychotherapeut SPV/ASP, und Therapeut des Beschwerdeführers diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. September 2003 eine Anpassungsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10. F43.22; mit Angststörung aber ohne depressive Reaktion). Im Zusammenhang mit den vom Patienten selber angegebenen Symptomen (Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeitsgefühl) bestehe ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster (Symptomausweitung und Selbstlimitierung). Bei der Symptomatik des Patienten sei die Frage offen, inwiefern es sich auch um eine somatoforme Schmerzstörung handle, die psychologisch häufig Ausdruck einer psychogenen Anpassungsstörung mit einhergehenden ängstlichen, hypochondrischen Symptomen sei. Beim Patienten müsse auch die Frage einer möglichen Teil-Simulation und/oder einer Aggravation offen gehalten werden. Es gebe genug Indizien. Durch die psychische Problematik, die bestimmten charakteriologischen Gegebenheiten (z.B. vermindertes Bewusstseinsniveau), die Fixierung und die starke Tendenz zur Aggravation sei mit einer Leistungseinbusse zu rechnen (Suva-act. 38). In seinem Bericht vom 17. Dezember 2003 bestätigte Dr. phil. I. ____ sodann in Bezug auf den Beschwerdeführer einen aggravierenden Patienten (Suva-act. 44). Dr. G. ____ hielt aufgrund seiner im Rahmen der neurootologischen Untersuchung vom 4. März 2004 erhobenen Befunde fest, dass eine wesentliche unfallbedingte Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems ausgeschlossen werden könne. Die diskreten Zeichen einer zentralen vestibulären Funktionsstörung vor allem bezüglich der blickmotorischen Funktionen seien wahrscheinlich durch die aktuelle pharmakologische Situation bedingt, bewirkten jedoch höchstens insofern eine Einschränkung, als Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gleichgewichtsfunktionssystem gemieden werden müssten. Sonst würden sich jedoch keine weiter gehenden diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen ergeben (Suva-act. 54). Dr. G. ____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 28. September 2004 fest, dass kein psychopathologischer Befund von Krankheitswert erhebbar sei. Sollten die Beschwerden durch die erhobenen somatischen Befunde nicht vollständig erklärbar sein, wäre allenfalls die Differenzialdiagnose "Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.9)" zu erwägen. Dabei handle es sich aber nicht um eine eigentliche Krankheitsdiagnose, sondern lediglich um eine Verhaltensbeschreibung. Die anamnestisch beschriebene Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sei zwischenzeitlich abgeklungen. Das Krankheitsverhalten im Sinn eines maladaptiven Überzeugungs- und Bewältigungsmusters werde erst nach dem Unfall beschrieben. Der Unfall habe dieses Verhalten ausgelöst, aber nicht verursacht. Erklärende unfallfremde Faktoren für das Verhalten des Beschwerdeführers liessen sich nicht eruieren. Aus rein

psychiatrischer Sicht bestehe aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Prognostisch ungünstig sei die bereits eingetretene Chronifizierung und Fixierung des beschriebenen Verhaltens (Suva-act. 77). Dr. H.____ antwortete in seiner ärztlichen Beurteilung vom 21. Mai 2005 auf die konkrete Frage nach der weiterhin bestehenden Kausalität der Beschwerden zum Unfall vom 17. November 2002, es würden weder im Bereich des Kopfs noch der HWS dauernde und erhebliche Unfallfolgen vorliegen. Da der Versicherte von sich aus nicht mehr arbeiten wolle, sei entscheidend, was ihm aufgrund des medizinischen Befundes zugemutet werden dürfe. Vorliegend bedeute das nach Abheilung der Unfallfolgen vom 17. November 2002, dass dem Versicherten ab sofort wieder eine ganztägige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar sei. Es lägen keine unfallmedizinischen Beweise vor, die eine weitere unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Es sei zu einer Anpassungsstörung mit Symptomausweitung gekommen und es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden. Der Beschwerdeführer sei nicht bereit, selber die Verantwortung für einen Arbeitseinsatz zu übernehmen, auch wenn er leichter Art sei. Sein Motto sei, die andern (Suva, RAV, Versicherung, Gemeinde usw.) sollten schauen, dass er eine Invalidenrente bekomme. In Bezug auf die erlittene Verletzung der HWS zeigten die Berichte, dass die HWS und der Kopf wieder frei bewegt werden könnten. Es liessen sich aktuell keine unfallbedingten Befunde mehr nachweisen, die auf das Unfallereignis vom 17. November 2002 zurückzuführen seien. Das aus den Akten hervorgehende Krankheitsverhalten im Sinn eines maladaptiven Überzeugungs- und Bewältigungsmusters werde erst nach dem Unfallereignis beschrieben. Der Unfall vom 17. November 2002 habe dieses Verhalten nicht verursacht. Aufgrund der medizinischen Akten bestehe unfallbedingt ab sofort wieder volle Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit. Weitere Arbeitsaussetzungen stünden nicht in einem Zusammenhang mit dem fraglichen Unfall, sondern allenfalls mit den sehr deutlichen krankhaften HWS- und LWS-Veränderungen. Entsprechend solle ein möglichst rascher Fallabschluss erfolgen. Eine weitere zeitliche Verzögerung würde die schon jetzt eingetretene Chronifizierung deutlich verstärken und aufrechterhalten (Suva-act. 93). c) Angesichts der dargelegten medizinischen Befunde ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die beim Unfall vom 17. November 2002 erlittene HWS-Verletzung spätestens bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen ab 1. Mai 2006 vollständig abgeheilt war und deswegen eine natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem fraglichen Unfall im Sinn des Vorliegens von organischen Restfolgen der HWS-Verletzung zu verneinen ist. Der Beschwerdeführer wurde während Jahren eingehend von verschiedensten Spezialärzten untersucht. Fortdauernde unfallkausale organische Restfolgen wurden jedoch in keinem der medizinischen Berichte bejaht. Demgegenüber wurden mehrfach übereinstimmend eine Chronifizierung, ein bestehendes Schmerz- bzw. Zervikalsyndrom und damit harmonisierend eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt. Die Diagnose eines Schmerzsyndroms bedeutet gerade nicht das Vorliegen einer unfallkausalen organischen Gesundheitsschädigung. Laut ROCHE LEXIKON MEDIZIN (München 1984, S. 1540) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannte Ätiogenese. Zur jeweiligen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Eine Chronifizierung

spricht gleichfalls nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. BÄR/BERTRAND/KIENER, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Die somatoforme Schmerzstörung fällt schliesslich eindeutig unter die Kategorie der psychischen Leiden und kann auch aufgrund ihrer Auswirkungen - geklagt werden körperliche Symptome, d.h. andauernde, schwere und quälende Schmerzen - nicht als körperliches Leiden qualifiziert werden (AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen). Das Charakteristikum der somatoformen Schmerzstörung ist gerade die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Beteuerung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind (vgl. WHO und DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 5. Aufl. Bern 2005, S. 183). Hingewiesen wird demgegenüber auf die deutlichen unfallfremden degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS, welche gerade eine typische Ursache für die geklagten Schmerzen zu begründen vermögen. Der Hinweis des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf die anamnestisch vor dem Trauma gegebene Beschwerdefreiheit besitzt schliesslich, abgesehen davon, dass in Bezug auf die LWS offensichtlich keine solche bestanden hat, keine Erklärungskraft (ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 335 E. 2b/bb in fine). Die von den Ärzten wiederholt festgestellten Komponenten der fehlenden Leistungsbereitschaft und Kooperation bzw. bescheidenen kooperations-unabhängigen Befunde passen schliesslich ebenfalls zur Konstellation der fehlenden fassbaren organischen Beeinträchtigungen, jedoch fortdauernd empfundenen Beschwerden. Die Antwort des SIVM im Aktengutachten vom 18. Januar 2006 auf die Frage, ob aus organischer Sicht Unfallfolgen vorliegen würden (Suva-act. 97), vermag schliesslich ebenso wenig zu beweisen, dass die über den 30. April 2006 hinaus geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen (natürlichen) Zusammenhang mit dem versicherten Unfall stehen. Die Feststellung, die chronifizierten Nackenschmerzen seien zu einem kleinen Teil, höchstens 10% der gesamten Symptomatik, als Residuen der Nackendistorion zu werten, wurde, wie bereits erwähnt, medizinisch in keinerlei Weise näher begründet bzw. einem organischen Substrat zugeordnet und steht allein im Widerspruch zur übrigen Aktenlage. Der Zusatz "chronifiziert" weist sodann gerade nicht auf ein unfallkausales organisches Substrat hin.

E. 5

Gemäss den in Erwägung Ziff. 5b angeführten medizinischen Berichten zeigt der Gesundheitsverlauf des Beschwerdeführers nach dem Unfall ausserdem eine psychische Komponente. Die von Dr. phil. I.____ bestätigten Diagnosen der Klinik F.____ (Suva-act. 30, 38) lassen zwar einen natürlichen kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 17. November 2002 erkennen (vgl. dazu auch Suva-act. 77, S. 10), ergeben aber zusammen mit organischen Beschwerden - bei hinreichend abgeklärtem somatischem Zustand - offensichtlich kein komplexes Gesamtbild (vgl. RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b; BGE 127 V 103 E. 5b/bb) und sind damit nicht als direkte Symptome der HWS-Distorion zu

werten. Aufgrund der medizinischen Akten ist anzunehmen, dass die psychischen Beschwerden in einer ersten Phase massgeblichen Einfluss auf das Befinden des Beschwerdeführers gehabt bzw. seine als organisch wahrgenommenen Beschwerden bestimmt haben. Die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Anteile haben parallel dazu an Bedeutung verloren. Laut Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 8. August 2003 hatte die psychische Problematik damals eine Leistungseinbusse im Umfang von 50% zur Folge (Suva-act. 31). Im Gutachten vom 28. September 2004 hielt Dr. G.____ dann aber fest, dass keine auf das Unfallgeschehen vom 17. November 2002 zurückzuführenden psychischen Symptome mehr bestünden. Die in der Klinik F.____ anamnestisch beschriebene Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sei zwischenzeitlich abgeklungen. Sollten die Beschwerden durch die erhobenen somatischen Befunde nicht vollständig erklärbar sein, wäre allenfalls die Differenzialdiagnose "Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen" (ICD-10: F68.0) zu erwägen. Dabei handle es sich jedoch nicht um eine eigentliche Krankheitsdiagnose, sondern lediglich um eine Verhaltensbeschreibung. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zum heutigen Zeitpunkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Sämtliche den somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeiten seien aus psychiatrischer Sicht ganztags zumutbar (Suva-act. 77). Von Seiten des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers werden keine substantziellen Einwände gegen obige psychiatrische Beurteilungen erhoben. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (per 30. April 2006) keine natürlich-kausalen psychischen Unfallrestfolgen mehr nachgewiesen werden können. Dementsprechend erübrigt sich auch die Adäquanzprüfung.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 21. Juni 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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