

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00191 vom 29. April 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00191

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00191 du 29 avril 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00191 del 29 aprile 2005

Erwägungen

E. 4

4.1. Obgleich im Gutachten des L.____ vom 20. September 2003 einzig der Kausalzusammenhang zwischen den damals noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 9. Mai 2001 als eher unwahrscheinlich bezeichnet worden war (Urk. 9/ZM13 S. 19) und der Unfallversicherer in der Verfügung vom 15. Oktober 2003 festhielt, dass zwischen der heutigen gesundheitlichen Problematik und dem gemeldeten Ereignis vom 9. Mai 2001 ein Kausalzusammenhang nicht gegeben und die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung als unfallfremd zu betrachten sei, verneinte die ZÄrlich ihre Leistungspflicht für das nachträglich gemeldete Unfallereignis vom 9. Mai 2001 rückwirkend und gänzlich (Urk. 8/Z25 S. 2). Im Einspracheentscheid vom 8. April 2004 bestätigte der Unfallversicherer die Verfügung vom 15. Oktober 2003 und hielt fest, dass zwischen den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem Unfall kein Zusammenhang bestehe (Urk. 2).

Streitig und zu prägen ist, ob die Gesundheitsbeeinträchtigung natürlich und adäquat kausal auf das Unfallereignis und insbesondere auf ein damals erlittenes Schleudertrauma oder eine ähnliche Verletzung zurückzuführen ist.

4.2. Vorab ist festzuhalten, dass aufgrund der Arztberichte, die vor der Unfallmeldung datieren, ein Unfallereignis am 9. Mai 2001 äusserst fraglich erscheint, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht einwendet (Urk. 2, 7). So erwähnte der Hausarzt Dr. F.____ in seinem Arztbericht zu Händen der Invalidenversicherung vom 12. Juli 2002 einen Arbeitsunfall im April 2001 (Urk. 10/69), während Dr. D.____ in seinem Bericht an die Invalidenversicherung vom 10. September 2002 einzig von lumbalen Beschwerden im Zusammenhang mit strenger Arbeit seit April 2001 berichtete (Urk. 10/60). Gegenüber Dr. G.____ schilderte der Beschwerdeführer hingegen einen Unfall im Juli 2001 (Urk. 10/63). Auffallend ist zudem, dass der Beschwerdeführer das Unfallereignis gegenüber dem behandelnden Arzt in der Notfallaufnahme des C.____ nicht erwähnt hat, obgleich nach der Schilderung der Rechtsvertreterin nach dem Ereignis derart heftige Schmerzen aufgetreten seien, dass sich der Beschwerdeführer für eine halbe Stunde in den Toilettenraum zurückgezogen habe und er darauf in der Nacht wegen der gleichen Schmerzen durch seine Frau notfallmässig ins Spital eingeliefert worden sei (Urk. 8/Z4, 8/Z7). Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die Tatsache, dass der Beschwerdeführer gegenüber den behandelnden Ärzten des C.____ und der Klinik E.____ das angeblich die Schmerzen auslösende Ereignis vom 9. Mai 2001 auch später nicht erwähnt hat, obgleich er nach dem Ereignis unter andauernden starken Schmerzen gelitten habe, wie Dr. P.____ in seiner Darstellung des Geschehens ausführte (Urk. 3/2 S. 3). Es bestehen daher erhebliche Zweifel, ob die geklagten Beschwerden tatsächlich im Anschluss an ein

Unfallereignis aufgetreten sind. Weitere Sachverhaltsabklärungen sind indessen nicht angezeigt, da eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für die geklagten Beschwerden bereits aus anderen Gründen nicht gegeben ist.

4.3 Die im Recht liegenden Akten zeigen folgendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie über dessen Arbeitsfähigkeit:

Anlässlich der Notfallbehandlung im C. Z. am 9. Mai 2001 wurden beim Beschwerdeführer pulsierende Kopfschmerzen in der Gegend der Stirn und Nackenschmerzen festgestellt. Der behandelnde Arzt diagnostizierte darauf postcoitale Kopfschmerzen, wobei er differentialdiagnostisch auch ein Aneurysma, eine Leukozytose mit Lymphozytose oder eine postzentriale, hämatologische Krankheit in Betracht zog (Urk. 8/Z3).

Nach der Notfallbehandlung fand am 22. Mai 2001 in der Neurologischen Poliklinik eine weitere Konsultation statt, wobei sich die klinische Untersuchung bis auf eine schmerzhafte Kopfkliniation unauffällig zeigte und aufgrund der Röntgenuntersuchung eine strukturelle Pathologie des Schädels, insbesondere ein Aneurysma, ausgeschlossen werden konnte (Urk. 10/62).

Gemäss dem Bericht vom 18. Juli 2001 über die ambulanten Untersuchungen im Zeitraum vom 22. Juni bis zum 12. Juli 2001 traten beim Versicherten im April und Mai 2001 zweimal postcoitale, starke, von der Lende ausgehende Kopfschmerzen auf, wobei seit der ersten Attacke leichte, okzipital betonte Kopfschmerzen persistierten. Anlässlich der Untersuchungen zeigte sich an der Wirbelsäule des Versicherten eine leichte Lendenlordose, eine Kyphose der Brustwirbelsäule und eine leichte Kyphosierung am zervikothorakalen Übergang. Während sich die HWS trotz eines Endphasenschmerzes in allen Richtungen uneingeschränkt bewegen liess, konnte die Lendenwirbelsäule wegen einer massiven Gegeninnervation nicht beurteilt werden. Bis auf Druckdolenz und einem erhöhten Muskeltonus liessen sich auch radiologisch keine pathologischen Veränderungen erkennen. Die untersuchenden Ärzte diagnostizierten ein therapieresistentes zervikozephal und lumbovertebrales Schmerzsyndrom, wobei eine Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund stehe. Zusammenfassend berichteten die Ärzte über eine massive Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den klinischen Befunden sowie von einem auffälligen Verhalten mit inadäquaten Schmerzreaktionen während der Untersuchungen. Aus rheumatologischer Sicht konnte keine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule festgestellt werden, weshalb der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Hauswart zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 10/61).

Im Bericht zu Händen der Invalidenversicherung vom 10. September 2002 über die Behandlung vom 24. August bis zum 2. Oktober 2001 berichtete Dr. D. über eine erhebliche Einschränkung der lumbalen Beweglichkeit bei einer weitgehend frei beweglichen HWS. Myofasciale Befunde zeigten sich einzig im Lenden- und Beckenbereich. Obgleich mittels Kernspintomographie eine Degeneration der lumbosakralen Bandscheiben sowie eine kleine Diskushernie erkennbar waren, konnte eine somatische Ursache des geschilderten panvertebralen Schmerzsyndroms nicht festgestellt werden, weshalb Dr. D. dringend eine ergänzende medizinische Beurteilung und vor allem eine psychiatrische Abklärung empfahl (Urk. 10/60).

Im Bericht über den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik E.____ vom 29. November 2001 wurden in die HWS und in den Kopf ausstrahlende Kreuzschmerzen geschildert, die seit etwa Mai 2001 aufgetreten seien und auch zu starken Kopfschmerzen führten. Da sich der Beschwerdeführer von einer Weiterführung der Rehabilitation in der Klinik E.____ keinen Erfolg versprach, wurde sie nach einem Aufenthalt vom 31. Oktober bis zum 13. November 2001 vorzeitig abgebrochen. Da kein organisches Korrelat für die geschilderten Beschwerden eruiert werden konnte und der Beschwerdeführer während der stationären Behandlung durch ein nervöses und angespanntes Verhalten auffiel, vermuteten die Ärzte der Rehabilitationsklinik E.____ beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/65).

Im Arztbericht vom 12. Juli 2002 schilderte Dr. F.____ einen chronifizierten Verlauf, so dass bereits geringfügige Arbeitsversuche zu massiven lumbalen Beschwerden sowie Nacken- und Kopfschmerzen führten würden. Er diagnostizierte ein vorwiegend zervikal und lumbal rezidivierendes chronisches Panvertebralsyndrom sowie eine depressive Entwicklung mit Somatisierungstendenzen (Urk. 10/69).

Dr. P.____ konnte aufgrund seiner Untersuchungen am 24. Oktober und 8. November 2002 psychopathologisch nur eine geringe Depressivität erkennen. Angesichts der festgestellten neurologischen Auffälligkeiten und des Gesamtbildes könne jedoch aus psychiatrischer Sicht noch keine Diagnose gestellt werden. Um eine organische Ursache der Beschwerden auszuschliessen, müssten zwingend noch weitere Abklärungen erfolgen (Urk. 10/39).

Anlässlich der Untersuchung vom 5. Dezember 2002 konnte Dr. H.____ neben neurologisch normalen Befunden nur eine beidseitig endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und druckdolente Muskelverspannungen im Schulter-/Nackенbereich feststellen. Die glaubhaften Beschwerden im Schulter-/Nackенbereich würden einem zervikovertebralen Syndrom entsprechen und seien auf Muskelverspannungen zurückzuführen, die zweifelsfrei nicht mehr auf das Unfallereignis, sondern auf eine Fehlhaltung entsprechend einer neurotischen Entwicklung zurückzuführen seien (Urk. 9/ZM4).

Auch Dr. I.____er fand anlässlich der neurologischen Untersuchung des Versicherten am 9. Dezember 2002 einen vollständig normalen neurologischen Befund vor und erachtete die Beschwerden am ehesten als zervikoradiculär bedingt (Urk. 9/ZM5).

Die Untersuchung mittels Kernspintomographie vom 13. Dezember 2002 zeigte eine mittelgrosse linksseitige mediolaterale Discushernie auf der Höhe der Halswirbelkörper 5/6, die wahrscheinlich zu einer Irritation der Nervenwurzel C6 links führe, sowie eine diskrete Spondylose auf dieser Höhe (Urk. 9/ZM6).

Dr. K.____ diagnostizierte anlässlich seiner Untersuchung des Beschwerdeführers am 31. Januar 2003 eine chronische Schmerzkrankheit bei einem persistierenden Zervikovertebral- und Zervikookzipitalsyndrom mit segmentalen Dysfunktionen und zervikospondylogenen Anteilen mit nachgewiesener zervikaler Diskushernie C5/6 sowie einem chronischem Lumbovertebralsyndrom mit ebenfalls segmentalen Dysfunktionen. Zudem seien ein vegetativer Symptomkomplex und eine depressive Entwicklung vorhanden (Urk. 9/ZM7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss dem Arztzeugnis vom 25. April 2003 konnte Dr. F.____ keine Funktionseinschränkung der Wirbelsäule feststellen. Radiologisch habe sich einerseits auf der Höhe L5/S1 eine kleine Diskushernie ohne Neurokompression und auf der Höhe C5/6 eine mittelgrosse Diskushernie mit Reizung der Nervenwurzel C6 gezeigt. Dabei beurteilte der Hausarzt die Unfallkausalität als undurchsichtig und erhob die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, wobei er auch eine depressive Entwicklung erkannte (Urk. 9/ZM10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der Begutachtung durch das L.____ am 19. und 20. August 2003 wurde der Beschwerdeführer umfassend medizinisch abgeklärt. Bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung liessen sich dabei kaum objektivierbare Befunde finden. Es zeigte sich aber eine auffallende Diskrepanz zwischen der spontanen Bewegung der HWS im Vergleich zur unbeweglichen Kopfhaltung während der Untersuchungssituation selbst. Bei relativ guter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und unauffälliger Muskulatur liess sich einzig eine Druckdolenz der Dornfortsätze im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule feststellen. Klinisch handle es sich um ein chronifiziertes zervikozepales Schmerzsyndrom ohne rheumatologisch-orthopädisches Substrat. In der psychiatrischen Exploration liessen sich keine Auffälligkeiten in den mnestischen Funktionen feststellen. Beim Beschwerdeführer habe sich die Schmerzsymptomatik verselbständigt und fixiert, weshalb aufgrund der Untersuchung, der Anamnese und der vorhandenen Akten die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) gestellt werden müsse (Urk. 9/ZM13 S. 17). Ein kausaler Zusammenhang zwischen den bestehenden Beschwerden und dem Ereignis vom 9. Mai 2001 hielten die untersuchenden Ärzte zudem für eher unwahrscheinlich (Urk. 9/ZM13 S. 19).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme zum Gutachten des L.____ vom 7. November 2003 äbt Dr. P.____ am Gutachten Kritik und weist darauf hin, er habe Widersprüche im Gutachten selbst und in anderen ärztlichen Berichten entdeckt. Dabei handelt es sich jedoch nur um vermeintliche Widersprüche, zumal Dr. P.____ die psychiatrische Anamnese einzig anders beurteilt und die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in Frage stellt (Urk. 3/2 S. 1 und 2). Auch die näheren Umstände und den Ablauf des Ereignisses werden von Dr. P.____ anders beschrieben, was aber die Darstellung des L.____ noch nicht widersprüchlich erscheinen lässt (Urk. 3/2 S. 2 und 3). Effektiv widersprüchliche Aussagen im Gutachten des L.____ werden durch ihn nicht aufgezeigt und sind in diesem auch nicht ersichtlich. Das Gutachten entspricht den rechtsprechungsgemäss geforderten Voraussetzungen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von Dr. P.____ wird sodann die Hypothese aufgestellt, dass der Beschwerdeführer am 9. Mai 2001 möglicherweise eine Distorsion der HWS erlitten habe, was die geklagten Beschwerden erklären würde. Zudem sei nicht hinreichend abgeklärt worden, ob die Diskushernie im Bereich der HWS nicht durch den Unfall entstanden sei und die aufgetretenen Kopfschmerzen nicht doch auf den Unfall zurückzuführen seien. Aufgrund der zeitlichen Abfolge sei es nicht ersichtlich, weshalb ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden letztlich nicht bestehen soll (Urk. 3/2 S. 5 ff.).

5.2 Die Rechtsprechung verlangt für eine glaubwürdige Diagnose eines Schleudertraumas bzw. einer Distorsion der HWS zwar nicht, dass innerhalb der ersten drei Tage bereits das Vollbild des sogenannten bunten Beschwerdebildes nach einem HWS-Trauma vorliegt, es müssen sich aber mindestens die typischen Schmerzen im Nacken- und Hinterkopfbereich mit Hartspann am Nacken und Bewegungseinschränkungen eingestellt haben (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Zwar wurden anlässlich der Notfalluntersuchung unmittelbar nach dem Ereignis vom 9. Mai 2001 beim Beschwerdeführer neben den Kopfschmerzen auch Nackenschmerzen festgestellt (Urk. 8/Z3), unter Schmerzmitteln wurde der Versicherte indessen nach ein paar Stunden beschwerdefrei. In der Folge persistierte neben einer Lärmempfindlichkeit einzig ein komisches Gefühl im Hinterkopf und im Bereich des Schädeldachs. Anlässlich der Untersuchung vom 22. Mai 2001 zeigte sich dann auch ein klinisch unauffälliger Befund, wobei insbesondere auch die Halswirbelsäule bis auf eine schmerzhaft Kopfkliniation eine normale Beweglichkeit aufwies (Urk. 10/62). In den umfassenden klinischen Untersuchungen im C. vom 22. Juni bis zum 12. Juli 2001 war die Halswirbelsäule ebenfalls in allen Richtungen frei beweglich und einzig endphasig dolent. Es liessen sich zwar Druckdolenzen an den Muskelansätzen beidseits am Hinterkopf und rechts neben den Halswirbeln sowie am Musculus levator scapulae und zudem ein erhöhter Tonus feststellen, ein Muskelhartspann war indessen nicht vorhanden (Urk. 10/62).

Die von Dr. P. aufgeworfene Hypothese, nach der es beim geschilderten Ereignis vom 9. Mai 2001 möglicherweise zu einer Distorsion der Halswirbelsäule gekommen sei, wird daher durch die anschliessenden Untersuchungen und die damals festgestellten Befunde nicht gestützt. Es haben sich keine Myogelosen gezeigt, und die Halswirbelsäule ist bis auf eine schmerzhaft Kopfkliniation unauffällig gewesen. Nach der erwähnten Rechtsprechung, wonach die bei einem Schleudertrauma oder einer schleudertraumatischen Verletzung auftretenden typischen Nackenschmerzen und Bewegungseinschränkungen der HWS bereits kurz nach dem Unfall vorhanden sein müssen, kann daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine entsprechende Verletzung des Versicherten ausgeschlossen werden. Zudem erachten auch die Gutachter des L. die Verursachung der Kopf- und Nackenschmerzen durch ein Trauma der Halswirbelsäule als unwahrscheinlich (Urk. 9/ZM13 S. 20).

5.3 Es entspricht 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. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (radikulares Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen E. vom 12. Februar 2004, U 185/03; RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. U 379 S. 192; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Brückenschäden, Bern 1990, S. 54 ff.,

insbesondere S. 56; Baur/Nigst, Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 162 ff.; Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Aufl. Berlin 1993, S. 164 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemessen an den zitierten medizinischen Erfahrungswerten sind die Kräfte beim Anprall des Containers gegen den Rücken viel zu gering gewesen, um eine Diskushernie zu verursachen. Dass die Diskushernie C5/6 durch das Unfallereignis vom 9. Mai 2001 verursacht worden ist, wie Dr. P.____ vermutet, lässt sich daher ausschliessen. Zudem haben sich in den verschiedenen und umfassenden Untersuchungen kurz nach dem Unfall die für eine Diskushernie C5/6 typischen radikulären Symptome mit Ausfallerscheinungen im Versorgungsgebiet der entsprechenden Nerven noch nicht gezeigt (vgl. Urk. 10/60, 10/61, 10/62). Der Versicherte hat anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 9. Dezember 2002 erstmals ein Kribbeln in der linken Hand beschrieben, das durch Dr. I.____er als eine cervico-radikulär bedingte Gefühlsstörung interpretiert worden ist (Urk. 8/ZM5). In der gestützt auf diesen Befund veranlassten radiologischen Untersuchung vom 16. Dezember 2002 hat darauf auch eine linksseitige mediolaterale Diskushernie auf der Höhe der Wirbel C5/6 mit wahrscheinlicher Irritation der Nervenwurzel nachgewiesen werden können (Urk. 9/ZM6). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die festgestellte Diskushernie im Bereich C5/6 nicht durch das Ereignis vom 9. Mai 2001 schmerzhaft geworden ist, da in diesem Fall die typischen Beschwerden bereits früher, unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten wären.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die anlässlich der Kernspintomographie vom 29. August 2001 festgestellte Diskushernie im Bereich der Lumbalwirbelsäule ist daher ebenfalls nicht als unfallkausal zu beurteilen, zumal Dr. D.____ anlässlich seiner Untersuchungen vom 24. August bis zum 2. Oktober 2001 auch keine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden hat eruieren können (vgl. Urk. 10/60).

5.4 Ä Ä Ä Ä Da sich die Ursache der am Abend nach dem Unfall aufgetretenen Kopfschmerzen gemäss dem Gutachten des L.____ retrospektiv nicht mehr feststellen lässt (Urk. 9/ZM13 S. 20), ist, wie Dr. P.____ richtig eingewendet hat (vgl. Urk. 3/2 S. 5), zwar noch nicht nachgewiesen, dass diese Kopfschmerzen nicht auf den Unfall am Nachmittag zurückzuführen sind. Ebenso wenig kann aber einzig aus dem zeitlichen Ablauf eine ursächliche Bedeutung des Unfalls hergeleitet werden. Aus der Tatsache, dass das Schmerzbild erst nach dem Ereignis am Nachmittag aufgetreten ist, kann - in Anwendung der Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach ein Gesundheitsschaden schon als durch einen Unfall verursacht gilt, weil er nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb) - nicht ohne weiteres auf einen Zusammenhang mit den danach aufgetretenen Beschwerden geschlossen werden. Neben einem klaren zeitlichen Ablauf müssen die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch auf eine bestimmte Ursache zurückgeführt werden können, damit die Gesundheitsbeeinträchtigung letztlich mit dem weitgehend unklaren Ereignis vom 9. Mai 2001 in einen Zusammenhang gestellt werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass zwischen dem Ereignis und den danach geklagten Kopfschmerzen ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, kann somit nach dem Gesagten nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt werden. Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 111 V 201. 107 V 164 mit Hinweisen, ZAK 1984 S. 124 Erw. 1b). Da im vorliegenden Fall der Leistungsanspruch für das gemeldete Ereignis strittig ist, hat der Beschwerdeführer die Konsequenzen der verspäteten

Anzeige und der damit verbundenen Beweislosigkeit zu tragen.

5.5. Gemäss den eingereichten Arztberichten hat trotz vielfältiger Untersuchungen bereits unmittelbar nach dem Unfall eine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden nicht gefunden werden können (Urk. 10/60, 10/61, 10/62). Im Arztbericht des C. über die ambulanten Untersuchungen vom 22. Juni bis zum 12. Juli 2001 kommen die untersuchenden Ärzte zum Schluss, dass ein erheblicher Teil der Schmerzen nicht somatischer Genese und aus rheumatologischer Sicht die Wirbelsäule voll belastbar sei (Urk. 10/61 S. 2). Dr. D., der den Beschwerdeführer vom 24. August bis zum 2. Oktober 2001 behandelt hat, verneint eine somatische Genese der geklagten Rückenbeschwerden und schliesst differentialdiagnostisch wie bereits die Ärzte des C. auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 10/60). Zum gleichen Schluss gelangen sodann auch die begutachtenden Ärzte des L., die weder neurologische noch rheumatologische Ursachen für die geklagten Beschwerden haben finden können (Urk. 9/ZM13 S. 8-12). Die anlässlich der Begutachtung festgestellten eindeutig positiven Waddellzeichen sind dabei typisch für ein nichtorganisches Schmerzverhalten und weisen ebenfalls auf eine psychische Problematik hin (vgl. Debrunner; Orthopädie Orthopädische Chirurgie; 4. vollständig neu bearbeitete Auflage; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002; S. 851). Dies lässt den Schluss zu, dass das Ereignis vom 9. Mai 2001 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu somatisch nachweis- und erklärbaren Beschwerden geführt hat.

5.6. Selbst wenn das Ereignis vom 9. Mai 2001 als teilkausal für eine aufgetretene psychische Störung betrachtet würde, müsste die Adäquanz des Kausalzusammenhangs verneint werden, da im Rahmen der für die Belange der Adäquanzbeurteilung vorzunehmenden Katalogisierung der Vorfall vom 9. Mai 2001 dem Bereich der leichten und banalen Unfälle zuzuordnen ist. Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis der Betroffenen massgeblich, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91). Unter der Schwere eines Unfalls sind in erster Linie die objektiv beteiligten, zerstörenden und verletzenden Kräfte zu beurteilen, die beim fraglichen Geschehen eingewirkt haben, sodann der augenfällige Geschehensablauf (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/bb).

Nach der Beschreibung des Unfallhergangs durch die Rechtsvertreterin hat sich eine automatische Tür beim Passieren mit einem Elektromobil und einem Grängutcontainer vorzeitig geschlossen, wodurch der Container gegen Rücken, Arm und Kopf des Versicherten geprallt ist (Urk. 8/Z4). Dieser Unfallmechanismus ist etwa vergleichbar mit einer leichten Auffahrkollision im Strassenverkehr. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat Auffahrkollisionen regelmässig als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (in SZS 2001 S. 432 f. erwähnte Urteile vom 30. Juni 1997 in Sachen V., U 231/96 und vom 29. Dezember 1998 in Sachen A., U 100/97; Urteil vom 16. August 2001 in Sachen D., U 21/01). Im Vergleich zu einem Verkehrsunfall sind aber beim vorliegenden Unfall die beteiligten Kräfte eindeutig viel geringer gewesen, weshalb das Ereignis vom 9. Mai 2001 nicht mehr der mittleren Gruppe zugeordnet werden kann, sondern als leichter Unfall zu qualifizieren ist. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen einer allenfalls vorhandenen psychischen Störung und dem Ereignis vom 9. Mai 2001 ist somit ohne weiteres zu verneinen.

6. Da einerseits die geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine unfallbedingte, organische Ursache zurückzuführen sind, andererseits aber auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen einer möglichen psychischen Störung und dem Ereignis vom 9. Mai 2001 zu verneinen ist, hat die Zürcher ihre Leistungspflicht hier zu Recht verneint.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Regula Schwaller

- Zürcher Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

- Helsana Versicherungen AG, Versicherungsrecht, Postfach, 8081 Zürich

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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