

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00020 vom 17. Februar 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-02-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2005.00020](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00020)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00020 du 17 février 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00020 del 17 febbraio 2006

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Am 2. August 2000 wurde im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, durch die Medizinische Abklärungsstelle C.\_\_\_\_ (Medas) ein Gutachten erstellt. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nannten die untersuchenden Ärzte die folgenden Diagnosen (Urk. 14/28/1 S. 23 Ziff. 5.1):

1. Chronisches Schmerzsyndrom rechte Körperperipherie bei Status nach Unfallereignissen 1975, 82, 92, 97 mit cervicospondylogem bis cervicocephalem Syndrom rechts

2. Chronifizierte Spannungskopfschmerzen

3. Unsystematischer Schwindel mit phobischem Attackenschwindel

4. Tendomyopathie (Muskulatur rechter Arm, nuohparavertebral)

5. Somatoforme Schmerzstörung, möglicherweise im Rahmen einer Anpassungsstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 14/28/1 S. 23 Ziff. 5.2):

- Koronare Herzkrankheit mit

- Status nach PTCA und Stenteinlage der RCA am 30. November 1995

- Risikofaktor: arterielle Hypertonie

- Multiple Verkalkungen der linken Grosshirnhemisphäre unklarer Genese

- Benigner mesenchymaler Tumor der Schädeldkalotte links frontal

- Chronische Blepharokonjunktivitis beidseits

- Für körperlich schwere Tätigkeiten mit repetitivem Heben von Lasten über 15 kg sowie Arbeiten in Zwangspositionen, vornüber gebeugt und überkopf, attestierten sie dem Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 1997 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Eine Arbeitsunfähigkeit in diesem Umfang bestehe auch bei seiner aktuellen Tätigkeit (leichte Büroarbeit bei D.\_\_\_\_, Urk. 14/28/1 S. 24 Ziff. 6.1.3 f.). Gestützt auf dieses Gutachten ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 56 % und bejahte einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente (vgl. Urk. 3/4/2).

3.2. Gemäss Unfallbericht vom 10. Mai 2002 wurde der Beschwerdeführer am 5. Mai 2002 in B. \_\_\_ in einen Unfall involviert, bei welchem drei Autos mit einer Geschwindigkeit von 50-60 km/h kollidierten (Urk. 14/1 Ziff. 4-6). Gemäss Bericht des Spitals E. \_\_\_ vom 5. Mai 2002 wurde der Beschwerdeführer am Unfalltag in B. \_\_\_ hospitalisiert und untersucht. Dabei habe sich ein unauffälliger Röntgenbefund ergeben (Urk. 14/2/1-5).

3.3. Einen Tag nach dem Unfallereignis suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt, Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, auf (Urk. 14/3 Ziff. 1). Dieser hielt im Bericht vom 22. Mai 2002 fest, der Beschwerdeführer sei gemäss eigenen Angaben am 5. Mai 2005 als Fahrer eines Personenwagens in eine Auffahrkollision involviert worden und leide seither unter Nackenschmerzen und unter Schmerzen der Halswirbelsäule (HWS; Urk. 14/3 Ziff. 2).

Dr. F. \_\_\_ diagnostizierte einen Status nach einem HWS-Beschleunigungstrauma (Urk. 14/3 Ziff. 5) und attestierte dem Beschwerdeführer vom 5. Mai bis 26. Mai 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 50 % (entsprechend dem vor dem Unfall ausgeübten Pensum) sei auf den 27. Mai 2002 vorgesehen (Urk. 14/3 Ziff. 8).

Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, welchen der Beschwerdeführer aufgrund seiner Beschwerden nach seinem Unfall aufsuchte (vgl. Urk. 14/6), stellte im ärztlichen Zwischenbericht vom 20. September 2002 die Diagnose eines zervikospondylogenen Syndroms nach HWS-Distorsionstrauma (Urk. 14/9 Ziff. 1). Er stellte eine deutliche Beschwerdeverbesserung unter Physiotherapie und medikamentöser Behandlung fest. Die aktive und passive HWS-Beweglichkeit habe sich verbessert und es bestehe ein weniger ausgeprägter Schultergürtelhartspann (Urk. 14/9 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer sei seit dem 29. Mai 2002 wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 14/9 Ziff. 4).

Dr. F. \_\_\_ stellte im ärztlichen Zwischenbericht vom 7. April 2003 neu die Diagnose eines Status nach Ellenbogen-Kontusion links (Urk. 14/18 Ziff. 1) und erklärte zum bisherigen Verlauf und gegenwärtigen Zustand unter anderem, dass chronische Armschmerzen links und eine leichte Bewegungseinschränkung des Ellenbogens bestehen würden (Urk. 14/18 Ziff. 2 lit. a). Zudem erklärte er, es würden beim Heilungsverlauf vorbestehende Nackenbeschwerden mitspielen (Urk. 14/18 Ziff. 2 lit. b).

Bei der Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, am 29. August 2003, berichtete der Beschwerdeführer im Wesentlichen, weiterhin beim Hausarzt in Behandlung zu sein. Aktuell habe er Daumenschmerzen und Beschwerden mit dem linken Kiefer; anlässlich des Unfalls sei ein Zahn beschädigt worden. Zudem stimme etwas mit dem Kopf nicht. Wegen der Rückenprobleme müsse er zum Arbeiten ein Korsett tragen. Er habe auch verschiedene Nervenprobleme. Es schmerze ihm der Kopf, der Nacken, der Rücken, die linke Hand, der linke Ellbogen und das linke Bein (Urk. 14/19 S. 1).

Dr. I. \_\_\_ hielt fest, die Erstbehandlung des Beschwerdeführers habe in B. \_\_\_ stattgefunden. Einen Tag nach dem Unfall habe er dann seinen Hausarzt aufgesucht und über Nackenschmerzen geklagt. Dieser habe eine Druckdolenz der Halswirbelsäule bei einer eingeschränkten Beweglichkeit festgestellt. Die in B. \_\_\_ durchgeführten radiologischen Abklärungen hätten keine Anhaltspunkte für das

Vorliegen einer strukturellen Läsion ergeben; es sei von einem HWS-Accelerations-/Decelerationstrauma gesprochen worden (Urk. 14/19 S. 2 unten). Der Beschwerdeführer habe das Unfallereignis kommen sehen und versucht, es zu verhindern. Danach sei es zu einem Frontalzusammenstoß gekommen (Urk. 14/19 S. 2 f.).

Der Beschwerdeführer sei wegen persistierenden Zervikalgien mit Brachialgien und Ausstrahlung bis in die Finger (ohne dermatomale Verteilung) im Juli 2002 vom Hausarzt an den Rheumatologen Dr. J. \_\_\_ überwiesen worden. Dr. J. \_\_\_ habe die Unfallröntgenbilder als unauffällig bezeichnet und einen ausgeprägten muskulären Hypertonus des gesamten Schultergürtels festgestellt, mit einer aktiven und passiven eingeschränkten HWS-Beweglichkeit (vgl. Urk. vgl. Urk. 14/6). Zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer einzig über Nackenschmerzen geklagt (Urk. 14/19 S. 3 oben); ab August 2002 seien dann Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) und im Bereiche des linken Ellenbogens dazugekommen. Die neurologische Abklärung habe keine Anhaltspunkte für irgendeine kompressionsbedingte Neuropathie ergeben, jedoch sei ein generalisiertes Schmerzsyndrom festgestellt worden, welches auch aktuell vorliege.

Anlässlich der Untersuchung habe sich eine altersentsprechend frei bewegliche HWS gezeigt, ohne dass ein pathologischer Befund habe erhoben werden können. Am linken Ellbogen beständen absolut unauffällige Befunde, wie sie schon im Zusammenhang mit dem vorangehenden Unfall, im Jahre 1992, beschrieben worden seien. Beim Beschwerdeführer liege eine massive Verdeutlichungstendenz vor. Unfallfolgen seien heute nicht mehr erkennbar, weshalb der Fall abgeschlossen werden könne (Urk. 14/19 S. 3).

3.7 In seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2003 zum kreisärztlichen Bericht vom 29. August 2003 erklärte Dr. F. \_\_\_, er betreue den Beschwerdeführer seit 1998 als Hausarzt. Er bestätigte, dass der Beschwerdeführer vor dem Verkehrsunfall am 5. Mai 2002 keine Beschwerden mit dem linken Ellenbogen und keine Kau-, beziehungsweise Kieferfunktionsstörungen beklagt habe. Unmittelbar nach dem Unfall seien die HWS-Beschwerden Gegenstand der Behandlungen gewesen. Aktuell klage er über Schmerzen, welche von der Wirbelsäule ausgehen würden. Am 24. August 2003 (richtig wohl: 2002) habe der Beschwerdeführer sodann erstmals von den linksseitigen Ellenbogenschmerzen berichtet. Anlässlich der Untersuchung habe er damals ein Streckdefizit feststellen können, das heute noch bei 10° liege. Supination und Pronation sowie die forcierte Extension seien immer noch schmerzhaft. Der Beschwerdeführer habe ihm erklärt, dass diese Ellbogenbeschwerden seit dem Unfall beständen, obwohl er sie ihm gegenüber erst mehr als drei Monate später erwähnt habe. Von den linksseitigen Kieferschmerzen sei er erst am 12. April 2003 in Kenntnis gesetzt worden. Der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass diese auch seit jenem Unfall vorliegen würden. Daher habe er ihn an die kieferorthopädische Sprechstunde der Universität \_\_\_ überwiesen, nachdem die Zahnärztin des Beschwerdeführers zu diesem Schritt geraten habe (Urk. 14/24).

Zusammenfassend hielt Dr. F. \_\_\_ fest, dass verschiedene Schmerzzustände und ein leichtes Funktionsdefizit im linken Ellenbogen persistierten, welche im Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. Februar 2002 ständen (Urk. 14/24 unten).

3.8. Im Bericht vom 25. Februar 2004 (Urk. 14/36) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, SUVA Versicherungsmedizin, fest, dass allein schon aufgrund der erheblichen zeitlichen Latenz eine Unfallkausalität der sekundär geltend gemachten Kiefer- und Ellbogen-Beschwerden (links) unwahrscheinlich sei. Ungeachtet der Kausalitätsfrage seien diesbezüglich spezielle Abklärungen oder Behandlungen weder nötig noch sinnvoll. Eine Verletzung dieser Körperteile sei zum entscheidenden Zeitpunkt weder dokumentiert noch wahrscheinlich. Im Übrigen liege kein pathologisches Substrat vor. Das generalisierte Schmerzsyndrom sei vielmehr Ausdruck eines vorbestehenden psychosomatischen Leidens, für welches der Beschwerdeführer eine halbe Rente der Invalidenversicherung erhalte.

Eine Myoarthropathie im Kieferbereich sei ein typisches psychosomatisches Problem ohne fassbares Substrat. Ein Zusammenhang mit Schleudertraumen sei wissenschaftlich nicht bewiesen.

Bezüglich des Ellbogens habe der Kreisarzt am 29. August 2003 reizlose Gelenke mit guter Beweglichkeit (0-10-140°) gefunden. Der diskrete Streckausfall von beidseits 10° (Normbereich) sei klinisch irrelevant. Dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall auch eine Ellbogen-Kontusion zugezogen haben soll, sei bloss eine nachträgliche Hypothese des gleichen Arztes, der auch bestätigte, dass ihm der Beschwerdeführer erst mehr als drei Monate später Ellbogen-Schmerzen (links) mitgeteilt habe. Der Hausarzt habe nur eine simple zeitliche Kausalzuordnung post-hoc gemacht. Auf jeden Fall sei kein posttraumatisches Korrelat objektivierbar.

3.9. In dem im Auftrag der IV-Stelle nach dem Unfallereignis vom 5. Mai 2002 gestützt auf Aktenstudium und persönliche Untersuchungen vom 12./13. Oktober 2004 erstellten Gutachten der Medas-C.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2004 wurden sodann die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 3/8/1 S. 15):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 1. Generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10; M79.0)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - linksbetont seit HWS-Distorsionstrauma (Mai 2002)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - vormals Schmerzsyndrom rechte Körperhälfte nach Unfällen  
Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 1975,1982,1992,1997

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - derzeit primär zervikozephal und lumbovertebrales bzw.  
Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä lumbospondylogenes Syndrom beidseits

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - muskuläre Dysbalancen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Fehlhaltung und Fehlstatik bei Dekonditionierung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Symptomausweitung bei Schmerzverarbeitungsstörung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 2. Generalisierte arterielle Verschlusskrankheit (ICD-10; I70.9)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Koronare Herzkrankheit (ICD-10; I25.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Klinisch PAVK II-III

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Strömungsgeräusche A. femoralis links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 3. Chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom mit



Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowohl der Rheumatologe wie auch der Neurologe hätten lediglich deskriptive Beschwerdediagnosen (Ä■chronisch generalisiertes SchmerzsyndromÄ■), Ähnlich wie schon im Jahre 2000, ohne Nachweis eines pathologischen Substrates festgestellt. Die Aufzählung früherer Unfälle (Ä■Status nachÄ■) im Sinne einer rein zeitlichen Kausalzuordnung Ä■post-hocÄ■ erkläre oder beweise medizinisch überhaupt nichts. Auch der Rheumatologe spreche von Ä■Symptomausweitung und SchmerzverarbeitungsstörungÄ■. Im Status habe kein Befund erhoben werden können, der von der Kooperation unabhängig gewesen sei. Reversible funktionelle Diagnosen wie Ä■muskuläre Dysbalancen, Fehlhaltung und Fehlstatik bei DekonditionierungÄ■ seien primär psychogen bedingt bei unangemessener Schonung. Auf körperlicher Ebene bestehe also kein angemessener Zusammenhang mit der leichten HWS-Distorsion, und auf jeden Fall kein dauernder und erheblicher Integritätsschaden. Der linke Ellbogen werde übrigens im rheumatologischen Teilgutachten nicht erwähnt. Die Hypothesen bezüglich Kausalität (vgl. Urk. 3/8/4 S. 7) würden einer harten sachlichen Grundlage entbehren. Auch sprachlich entspreche die Formulierung Ä■scheineÄ■ einer blossen Möglichkeit. Die Vermutungen und Annahmen, welche am Schluss des Hauptgutachtens (vgl. Urk. 3/8/1 S. 19 Ziff. 6.1.8) geäußert worden seien, würden ebenfalls nicht wissenschaftlich gesichertem Wissen entsprechen (Urk. 16 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weder an der HWS noch an der LWS seien echte Unfallfolgen objektivierbar. Aus diesem Grund müsse vollumfänglich an der Beurteilung vom 25. Februar 2004 festgehalten werden. Die Terminierung der Leistungen per 29. August 2003, über ein Jahr nach dem leichten Unfall, sei und bleibe aus versicherungsmedizinischer Sicht korrekt, weshalb auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 29. August 2003 zu verweisen sei (Urk. 16 S. 2).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Aus den medizinischen Akten ist ersichtlich, dass es bereits Ende Mai 2002 zu einer deutlichen Verbesserung der unmittelbar nach dem Unfall vom 5. Mai 2002 diagnostizierten Beeinträchtigungen im Bereiche der HWS gekommen ist. Dr. J. \_\_\_ stellte anlässlich der zweiten rheumatologischen Untersuchung fest, dass sich die aktive und passive Beweglichkeit der HWS verbessert habe und ein weniger ausgeprägter Schultergürtelspann bestehe (vgl. Urk. 14/9). Daraufhin beurteilte er den Beschwerdeführer per 29. Mai 2002 wiederum als zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 14/9 Ziff. 2), das heisst, dass der Beschwerdeführer, welcher eine halbe IV-Rente bezieht (vgl. Urk. 3/4/2), seinem 50-%-Pensum bereits rund 20 Tage nach dem Unfallereignis wieder voll nachgehen konnte. Diese uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit blieb sodann bis hin zur Neuurteilung der Arbeitsfähigkeit im Medas-Gutachten vom 31. Dezember 2004 bestehen (vgl. 3/8/1 S. 17 Ziff. 6.1.4). Somit bestand, abgesehen von rund drei Wochen, während dem ganzen relevanten Zeitraum bezogen auf das von ihm vor dem Unfall ausgeübte Pensum eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. auch Urk. 14/14).

4.2 Ä Ä Ä Ä Da der Beschwerdeführer in seiner Einsprache vom 6. April 2004 die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, insbesondere mit seiner Kieferproblematik und mit den Ellbogenbeschwerden links begründete (vgl. Urk. 3/6 S. 2 ff.), ist vorab zu prüfen, ob zwischen diesen Beeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 5. Mai 2002 ein rechtserheblicher Zusammenhang besteht.

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten linksseitigen Ellbogenschmerzen wurden erstmals am 24. August 2002 und die Kieferbeschwerden erstmals am 12. April 2003 gegenüber dem Hausarzt erwähnt und hernach von ihm dokumentiert (vgl. Urk. 14/18; Urk. 14/24). Eine weitergehende Dokumentierung ist aus den Akten nicht ersichtlich. Diese Beschwerden lassen sich aufgrund des Unfallhergangs - der Beschwerdeführer hat gemäss eigenen Angaben die Frontal-Kollision, welche mit 50-60 km/h erfolgte, kommen sehen (vgl. Urk. 14/1 Ziff. 6; Urk. 14/19 S. 2 unten) - nicht erklären. Inwiefern zwischen einem Auffahrunfall oder einer Frontalkollision und den genannten, mit mehrmonatiger Latenz erstmals angegebenen Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen könnte, ist nicht ersichtlich, vom Beschwerdeführer nicht dargetan und jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich. Ferner spricht gegen die Berücksichtigung der Ellbogenbeschwerden als Unfallfolge auch der Umstand, dass diese im rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Oktober 2004 mit keinem Wort erwähnt wurden (Urk. 3/8/4).

Somit ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der Ellbogen- und Kieferproblematik und dem Unfallereignis vom 5. Mai 2002 zu verneinen.

#### 4.3

4.3.1 Nachfolgend bleibt durch einen Vergleich der Medas-Gutachten, welche vor und nach dem Unfallereignis vom 5. Mai 2002 erstellt wurden (vgl. Urk. 14/28/1; Urk. 3/8/1) zu prüfen, ob - wie vom Beschwerdeführer beschwerdeweise vorgebracht (vgl. Urk. 1 S. 4 ff.) - weitere Beschwerden bestehen, welche einen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 5. Mai 2002 aufweisen (Urk. 1 S. 5).

Die Gegenüberstellung der beiden Gutachten zeigt, dass das chronisch generalisierte Schmerzsyndrom bereits nach den Unfallereignissen der Jahre 1975, 1982, 1992 und 1997 vorhanden war. Nicht deckungsgleich sind lediglich die Feststellungen, wonach das Schmerzsyndrom heute eher links- und nicht wie zuvor rechtsbetont ist und dass es eine lumbovertbrale Komponente aufweist; wobei letztgenannte auch mit dem HWS-Distorsionstrauma aus dem Jahre 1975 zusammenhängt (vgl. Urk. 3/8/1 S. 16 Ziff. 3 lit. b). Ferner wurden auch die Spannungskopfschmerzen, der unsystematische Schwindel und eine somatoforme Schmerzstellung bereits im August 2000 diagnostiziert.

Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Beschwerdeführer rund drei Wochen nach dem Unfall wieder voll arbeits- und einsatzfähig war, kann weder von einer richtungsweisenden Verschlechterung der Vorbefunde gesprochen werden noch davon, dass der Beschwerdeführer (neben den Kiefer- und Ellbogenbeschwerden) unter weiteren durch das Unfallereignis im Jahre 2002 verursachten Beschwerden leiden würde. Auch der Hinweis darauf, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemäss Gutachten aus dem Jahre 2000 noch 50 % betragen habe, und diese gemäss neuerer Expertise nur noch bei 30 % liege, vermag das Vorbringen des Beschwerdeführers nicht zu untermauern, denn die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 % lässt sich vielmehr durch krankheits- als durch unfallbedingte Umstände erklären, die für das vorliegende Verfahren nicht von Bedeutung sind. So wurde insbesondere die koronare Herzkrankheit, welche sich vormals nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkte (vgl. Urk. 14/28/1 S. 23 lit. 5.2), im Gutachten aus dem Jahr 2004 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

genannt (vgl. Urk. 3/8/1 S. 18 Ziff. 2).

4.3.2.2 Im Gutachten vom Dezember 2004 erklärten die begutachtenden Ärzte, es werde heute vermutet, dass es nach multiplen Verletzungen der HWS im Weichteilbereich zu einer verminderten Belastbarkeit komme, verbunden mit einer erhöhten Irritabilität und nicht weiter spezifizierbaren Strukturlockerungen. Weiter werde angenommen, unter Belastung komme es zu nuchalen Schmerzen, welche in den Schultergürtelbereich und den occipitalen Kopfbereich ausstrahlen würden. Andererseits sei bei der Wertung der geschilderten Symptomatik des Beschwerdeführers mit zu berücksichtigen, dass wohl auch die bei HWS-Verletzungen resultierende Symptompersistenz und Entwicklung von einer de-facto-Behinderung analog zu den wissenschaftlich für den LWS-Bereich gezeigten Erkenntnissen signifikant von Faktoren ausserhalb des Bewegungsapparates und von Faktoren nicht-medizinischer Natur mitbestimmt würden. Reintegrationshindernd für posttraumatische Beschwerdezustände auch im HWS-Bereich dürften sich analog zu den gezeigten Daten im Lumbalbereich psychosoziale Belastungsfaktoren auswirken. Was nun die Beurteilung in derartigen Fällen betreffe, müsse diese aus gesagten Überlegungen heraus arbiträr erfolgen, indem unter Gutachtern bezüglich dessen, was als Gesundheitsschaden und Unfallfolge und was als invaliditätsfremd anzusehen sei, für den HWS-Bereich wenig Konsens herrsche (Urk. 3/8/1 S. 19 unten).

2.2.2.2 Unter Hinweis auf diese Begründung und auf die Bemerkung, dass es durch den Unfall im Jahre 2002 zu einer richtungweisenden Verschlechterung der Vorbefunde des Bewegungsapparates gekommen sein dürfte, machte der Beschwerdeführer einen Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden und dem Unfallereignis vom Mai 2002 geltend (vgl. Urk. 1 S. 5 f.). Dem ist aber entgegenzuhalten, dass die begutachtenden Ärzte unmissverständlich auf die kontroversen medizinischen Positionen im Zusammenhang mit HWS-Verletzungen hingewiesen und gestützt auf theoretische Ansätze, welche im momentanen Zeitpunkt wissenschaftlich nicht unterlegt sind, gerade keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen haben. Auch die Frage bezüglich einer Verschlechterung des Vorzustandes (vgl. Urk. 3/8/1 S. 18 Ziff. 6.1.7 Ziff. 2) wurde im Gesamtkontext nicht klar beantwortet. Der Beschwerdeführer vermag deshalb aus diesen Ausführungen unter Berücksichtigung seiner im relevanten Zeitpunkt uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit keine ausdrückliche Bejahung einer Unfallkausalität abzuleiten.

2.2.2.2 Schliesslich fällt auch ins Gewicht, dass die Medas-Gutachter unter anderem ausführten, zwischen den vorhandenen Arztberichten und ihrer Beurteilung bestehe Übereinstimmung (Urk. 3/8 S. 18 Ziff. 6.1.7). Zu den von ihnen berücksichtigten Akten gehörte auch der Kreisarztbericht vom 29. August 2003 (vgl. Urk. 8/3 S. 2 Ziff. 2.1), in welchem festgehalten wurde, dass keine Unfallfolgen mehr beständen.

2.2.2.2 Die Medas-Gutachter beantworteten somit die vom Rechtsvertreter gestellte Frage nach der Unfallkausalität in ausgesprochen unbestimmter Weise, während sie gleichzeitig ausführten, sie stimmten mit den früheren Einschätzungen, worunter die kreisärztliche Verneinung der Unfallkausalität, überein.

4.4.2.2 Aus dem Gesagten folgt, dass die geltend gemachten Beschwerden des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitpunkt in keinem rechtserheblichen

Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall vom 5. Mai 2002 standen. Damit sind dem Beschwerdeführer keine weiteren Leistungen zuzusprechen und der Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2004 erweist sich als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.