

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00041 vom 8. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00041

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00041 du 8 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00041 del 8 marzo 2007

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffs Umschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als

adäquate Ursache eines Erfolges 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das EVG in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des EVG nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw.

2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1).

Wie das EVG in dem in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 publizierten Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01, präzisierend dargelegt hat, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nur dann im Sinne von BGE 123 V 99 Erw. 2a unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist. Wird die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen.

E. 2.2

Nachdem die Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft in ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2006 (Urk. 10) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Gerichtsverfugung vom 30. Mai 2006 (Urk. 12) als geschlossen erklärt.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 28. Februar 2005 eingestellt hat.

1.2 Die Leistungseinstellung wird damit begründet, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 1. Februar 2003 und den geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers nicht mehr gegeben sei, wobei die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen sei, nachdem die physischen Beschwerden vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt hätten (Urk. 2).

1.3 Dagegen lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen (Urk. 1), die Ärzte hätten immer wieder auf seine akuten körperlichen Beschwerden hingewiesen. Es treffe daher in keiner Weise zu, dass beinahe ausschliesslich psychische Beschwerden diagnostiziert worden seien. Im Weiteren müsse zumindest von einem mittelschweren Ereignis ausgegangen werden. Die Wucht des Zusammenstosses sei so gross gewesen, dass schlussendlich zwei weitere Fahrzeuge - welche sich in normalem Wartebstand vor seinem Auto befunden hätten - ineinander geschoben worden seien. Die erlittenen Verletzungen seien erheblich gewesen und psychische Beeinträchtigungen seien bei solchen Unfallopfern mit HWS-Distorsion sehr oft anzutreffen. Die ärztliche Behandlung dauere schon sehr lange und es bestehe die Gefahr der Chronifizierung, namentlich was die Dauerschmerzen betreffe. Insgesamt erweise sich der Heilungsverlauf als schwierig, wobei auch heute noch von den behandelnden Ärzten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde. Aus den bei den Akten liegenden psychiatrischen Gutachten gehe hervor, dass der Unfall ein wesentlicher, nicht wegzudenkender Teilfaktor für die psychische Reaktion gewesen sei.

E. 3

3.1. Prof. F. ___ führt in seinem Bericht vom 13. März 2003 (Urk. 11/M1) aus, es präsentierte sich eine ungewöhnliche Situation in Hinsicht auf die extreme Schmerzhaftigkeit lokal im Nacken. Er habe den Beschwerdeführer praktisch nicht berühren können, auch nicht einmal die Haut. Das Gebiet liege nicht im Bereich des Nervus occipitalis major, sondern an der Ansatzstelle der Nackenmuskulatur am Hinterkopf. Auch das häufige Erbrechen sei doch auffällig. Es bestehe eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit, sowohl aktiv wie passiv, bei Forcierung sei jedoch die Kopfbeweglichkeit durchaus gut bis 70° Rotation und Retro-/Anteflexion 30-40°, jedoch Entgegenstemmen durch den Beschwerdeführer. Es gebe eine Schwellung im Nacken an occipital links. Nur leichte Berührungen der Kopfhaut würden vom Beschwerdeführer unwirsch beantwortet mit Abwenden. Es liege keine wesentliche Induration der Muskulatur vor, er habe neurologisch keine Auffälligkeiten feststellen können. Es bestnden keine Hinweise für einen Lagerungsschwindel, weder für den hinteren noch horizontalen Bogengang.

3.2. Im "Fragebogen bei HWS-Verletzungen" führte Dr. K. ___ des C. ___ am 19. März 2003 einen Unfallhergang ohne Kopfanprall bei gerader Kopfstellung an. Bei der ersten Konsultation am 1. Februar 2003 - dem Unfalltag - seien vom Beschwerdeführer ausser Spontanschmerzen im Nacken und einer Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule keine der bei HWS-Verletzungen typischen Beschwerden angegeben worden. Es fänden sich keine Begleitverletzungen am Kopf und keine traumatischen Läsionen. Der Beschwerdeführer sei vom 1. bis 5. Februar 2003 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/M3).

3.3. Im Arzzeugnis vom 25. März 2003 (Urk. 11/M4) diagnostizierte Dr. L. ___ vom Spital E. ___ eine HWS-Distorsion mit aktuellen Schmerzen, Erbrechen und Kribbelparästhesien sowie eine chronische Migräne. Die Röntgenbefunde würden keine frischen ossären Läsionen zeigen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis am 12. März 2003.

3.4. In ihrem Schreiben vom 28. April 2003 (Urk. 11/M5) gibt Dr. D. ___ an, die Beweglichkeit der HWS sei normal, Schwellungen seien nicht objektivierbar. Es bestnden Druckdolenzen occip. beidseits, so dass man den Beschwerdeführer kaum berühren könne. Der Beschwerdeführer sei wieder arbeitsfähig, aber nicht alleine auf der Schicht. Im Überweisungsschreiben an die Rehaklinik G. ___ vom 23. Juni 2003 (Urk. 11/M6) diagnostizierte Dr. D. ___ eine HWS-Distorsion II° mit persistierenden Beschwerden, eine vorbestehende Migräne, eine Hypertonie (diastolisch) sowie Gonarthrosen beidseits. Im Universitätsspital sei radiologisch eine fragliche Absplitterung HWK 6 festgestellt worden, eine Computertomographie der Halswirbelsäule (HWS) habe dann keine frischen ossären Läsionen gezeigt. Im Spital E. ___ erstellte HWS-Funktionsaufnahmen und eine Computertomographie des Schädels seien in Ordnung gewesen. Klinisch präsentierte sich der Fall sehr wechselnd, einmal sei der Nacken fast blockiert, ein andermal bestehe eine praktisch normale Beweglichkeit der HWS. Im Überweisungsschreiben an Dr. med. M. ___, Otorhinolaryngologie FMH, vom 23. Februar 2004 (Urk. 11/M10) hält Dr. D. ___ fest, wegen der Beschwerden im Nacken und Kiefer beidseits mit nicht objektivierbaren Schwellungen suche der Beschwerdeführer immer wieder andere Ärzte auf. Sie habe am 18. Februar 2004 klinisch keine Pathologie (mehr) gefunden.

3.5. Im Austrittsbericht vom 26. September 2003 über die stationäre Rehabilitation vom 13. August bis 17. September 2003 führten die Ärzte der Rehaklinik G. aus (Urk. 11/M9), es würden eine HWS-Distorsion, ein Verdacht auf Somatisierungsstörung mit deutlich ängstlicher Komponente, ohne deutliche depressive Störung, eine arterielle Hypertonie sowie eine Gonarthrose beidseits vorliegen. In Absprache mit dem Case-Manager der Activita soll der Beschwerdeführer seine Arbeit zunächst zu therapeutischen Zwecken halbtags aufnehmen. In diesem Rahmen sollte nach ihrer Einschätzung wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Die arbeitsrelevanten Probleme seien vor allem die Beschwerden zervikal mit der ausgeprägten vegetativen Symptomatik, zudem die Somatisierungsstörung mit Tendenz zur Dramatisierung der Beschwerden und ängstlicher Komponente. Die panischen Anfälle bei den HWS-Beschwerden, Taubheitsgefühlen und Schwellungen würden im Sinne einer Überreaktion interpretiert.

3.6. In seinem Gutachten vom 27. April 2004 zu Händen des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 11/M12) diagnostizierte Dr. H. eine HWS-Distorsion, ein posttraumatisches mittleres HWS-Syndrom mit Nackenschmerzen, eine posttraumatische vegetative Dysbalance mit Nausea, Erbrechen, Schwindelgefühl und Attacken von Schwarzsehen, eine arterielle Hypertonie sowie eine beginnende Gonarthrose beidseits. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % ab dem 1. Februar 2003 bis weiterhin arbeitsunfähig, eine neue Beurteilung solle frühestens nach 6 bis 12 Monaten erfolgen. Eine spezielle Behandlung ausser symptomatischer Betreuung sei nicht indiziert, da die Reaktion des Beschwerdeführers darauf eher negativ sei. In seiner Ergänzung zum Gutachten vom 17. Februar 2005 (Urk. 11/M21) erachtete Dr. H. auch weiterhin eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit als gegeben.

3.7. Im Schreiben vom 7. Juni 2004 an den Leitenden Arzt der ORL-Klinik des C. (Urk. 11/M14) führte Dr. M. aus, er stimme der Beurteilung durch die Rehaklinik G. zu, dass es sich am ehesten um eine Somatisierungsstörung handle. Es sei auffällig, wie der grosse und kräftige Mann ängstlich und empfindlich sei, nur schon bei der Untersuchung mit dem Ohrtrichter habe er sich beinahe vor Schmerzen gekrümmt. Eine universitäre Abklärung sei sicherlich indiziert. Seines Erachtens sollte der Beschwerdeführer unbedingt in die Sprechstunde für psychosomatische Medizin eingeschleust werden.

3.8. Dr. I. diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Juli 2004 (Urk. 11/M15) eine nichtorganische Insomnie sowie eine psychogene Anpassungsstörung in Verbindung mit Angst und undifferenzierter Somatisierungsstörung bei Verdacht auf vorbestehender prätraumatisch einfach strukturierter, emotional instabiler, hypomaner Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F51, F43.2, F45.1, F60.3). Aufgrund der bisherigen Erfahrungen sei eine weitere therapeutische Stützung über die nächsten Monate sinnvoll. Bevor ein externes Coaching zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess Sinn mache, sollte der psychiatrische Symptomenkomplex therapeutisch aufgebrochen werden.

3.9. Im Gutachten vom 17. Januar 2005 (Urk. 11/M18) hielten die Ärzte der Rehaklinik G. in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten, den Vorbringen des Beschwerdeführers sowie gestützt auf die Untersuchungsergebnisse in psychiatrischer (Urk. 11/M17), neurologischer (Urk. 11/M16) und rheumatologischer Hinsicht fest, von Seiten des subjektiven Beschwerdebildes falle die äusserst starke Schmerzbetonung mit Katastrophierungstendenz auf. Bei der funktionellen Untersuchung habe festgestellt werden

müssen, dass der Beschwerdeführer eine starke Bewegungseinschränkung vorzusehen, indem er bei Aufforderung die Halswirbel nur wenig bewege. Beim An- und Ausziehen habe hingegen eine gute Inklinationsbewegung bis zum Brustbein beobachtet werden können. Bei entsprechend auch fehlenden radiologischen Befunden müsse davon ausgegangen werden, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit kein erhebliches somatisches Korrelat für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden könne, sondern dass eine unspezifische psychogene Fehlentwicklung und Symptombetonung das aktuelle Bild präge. Zu den radiologischen Befunden müsse noch folgende Bemerkung angeführt werden: Vom C. ___ werde richtigerweise darauf hingewiesen, dass es sich bei dem stecknadelgrossen Fragment auf Höhe der Bodenplatte von Halswirbelkörper 6 nicht um eine Fraktur handle. Die von Dr. H. ___ daraus gefolgerte Absplitterung sei eine falsche Interpretation. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weder eine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Autoexporteur noch bei der Arbeit für die A. ___. Aufgrund der Somatisierungsstörung bestehe eine Einschränkung von ca. 40 % für die Arbeit bei der A. ___ und eine solche von ca. 30 % für die Tätigkeit als Autoexporteur.

3.10 In seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2005 führt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. N. ___, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus (Urk. 11/M20), die im Gutachten gesellte psychiatrische Diagnose sei korrekt. Dabei ständen multiple wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome im Vordergrund. Wie die somatoforme Schmerzstörung gehe auch die Somatisierungsstörung ganz klar nicht zum sogenannten typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsion. Das psychische Beschwerdebild habe schon sehr früh ganz im Vordergrund gestanden.

E. 4

4.1 Nicht bestritten und aufgrund der ärztlichen Unterlagen ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer am 1. Februar 2003 eine Halswirbeldistorsion erlitten hat.

E. 4.2

Grundsätzlich genügt für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b), selbst dann, wenn eine psychische Fehlentwicklung im Vordergrund steht. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat.

Im vorliegenden Fall präsentiert sich das Krankheitsbild des Beschwerdeführers als komplex. So klagte er immer wieder über körperliche Symptome, für die trotz ausführlichen Abklärungen kein somatisches Korrelat gefunden werden konnte. Bereits Prof. F. ___ stellte in seinem Bericht vom 13. März 2003 (Urk. 11/M1) eine ungewöhnliche Situation, vor allem in Hinsicht auf die extreme Schmerzhaftigkeit lokal im Nacken, fest und führte aus, dass zwar eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit sowohl aktiv wie passiv vorliege, diese bei Forcierung jedoch durchaus gut sei bis 70° Rotation und Retro-/Anteflexion 30-40°, der Beschwerdeführer aber entgegenstemme. Auch Dr. D. ___ gab in ihrem Schreiben vom 28. April 2003 (Urk. 11/M5) an, dass die Beweglichkeit der HWS normal und Schwellungen nicht objektivierbar seien und

Februar 2005 (Urk. 11/M20) verwiesen werden. Es rechtfertigt sich daher, entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers, die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach den für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 115 V 133 ff.).

5.2. Das EVG hat Auffahrunfälle und ähnliche Ereignisse im Rahmen der für die Beurteilung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Einteilung wiederholt als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Fällen qualifiziert (Entscheid des EVG vom 28. Mai 2001 in Sachen F., U 426/00, mit Hinweisen). Das unfallanalytische Gutachten vom 17. Dezember 2003 (Urk. 11/18) ergab eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des Wagens des Beschwerdeführers beim Aufprall von zwischen 18,4 und 25,8 km/h oder eine mittlere Beschleunigung von zwischen 4,5 und 7,3 g, entsprechend etwa der 4- bis 8-fachen Verzögerung, die bei einer Vollbremsung aus einer langsamen Rückwärtsfahrt auftreten könnte, was nicht einem schweren Unfall entspricht. Bei einem mittelschweren Unfall ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs jedoch nur dann zu bejahen, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind.

E. 5.3

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers muss dem Unfall eine besondere Eindringlichkeit abgesprochen werden. Auch die Tatsache, dass noch zwei weitere Fahrzeuge ineinandergeschoben wurden, ändert daran nichts, zumal keiner der Fahrer schwerwiegende Verletzungen erlitt. Auch finden sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Schwere oder besondere Art der vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen. Die von ihm vorgebrachten erheblichen Dauerbeschwerden und der schwierige Heilungsverlauf lassen sich aufgrund der Arztberichte höchstens in Zusammenhang mit der Somatisierungsstörung erklären. Auch bewegt sich die Dauer der Behandlung der effektiv natürlich-kausalen Unfallfolgen im Rahmen des Möglichen. Anzeichen für eine Fehlbehandlung dieser Unfallfolgen sind nicht ersichtlich. In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall ursprünglich nur für sehr kurze Zeit arbeitsunfähig geschrieben worden ist und eine Wiedereingliederung primär durch das Schmerzempfinden und die psychisch bedingten Beschwerden misslungen ist. Zudem lehnte er auch eine Betreuung durch die Activita in dieser Hinsicht ab. Damit ist aber keines der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben, noch sind die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist daher zu verneinen.

E. 6.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Leistungspflicht für die Unfallfolgen nach dem 28. Februar 2005 mangels Adäquanz nicht mehr gegeben war.

6.2. Zu prüfen bleibt daher noch, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen mit Verfügung vom 7. Juni 2005 (Urk. 11/58) per 28. Februar 2005 rückwirkend einstellen durfte. Dies ist ebenfalls zu bejahen. In seinem Entscheid vom 29. November 2006 in Sachen N. gegen Zürich Versicherungs-Gesellschaft und Zürich Versicherungs-Gesellschaft gegen N., U 455/05 und U 457/05, hat das EVG mit

ausführlicher Begründung festgehalten, dass eine zugesprochene Heilbehandlung sowie ein Taggeld klassische vorübergehende Leistungen darstellen würden und daher nicht zu den Dauerleistungen zu zählen sind, weshalb Art. 17 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) nicht anwendbar sei. Insofern dürfte eine Leistungseinstellung auch rückwirkend erfolgen. Einem verspäteten Verfügungserlass könnte allenfalls unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes Bedeutung zu, wenn es um die Frage einer Rückerstattung zu Unrecht bezogener Leistungen ginge. Dies ist hingegen vorliegend nicht der Fall. Die Beschwerde ist daher auch unter diesem Gesichtspunkt abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Gregor Benisowitsch
- Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- P.____ Krankenkasse

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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