

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00136 vom 29. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00136

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00136 du 29 novembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00136 del 29 novembre 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario).

Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet, steht ihr nach Art. 24 Abs. 1 UVG eine angemessene Integritätsentschädigung zu.

E. 1.2

1.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE

augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im

mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.3.4.1 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 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).

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht 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).

1.3.5.1 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

1.3.6.1 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE

Halswirbelsäule erlitten habe und dass das typische Beschwerdebild vorhanden sei. Eine psychische Überlagerung sei nicht gegeben. Die Adäquanz sei zu bejahen (Urk. 1).

In der Replik liess der Beschwerdeführer nochmals darauf hinweisen, dass die Beschwerdegegnerin den Beweis nicht erbracht habe, dass die in beide Beine ausstrahlenden radikulären Schmerzen auch ohne die massive Kontusion der Lendenwirbelsäule am 18. April 2000 aufgetreten wären. Aber selbst wenn ein bildgebender Nachweis eines organischen Substrates nicht zu erbringen sein sollte, rechtfertigte sich aufgrund der medizinischen Aktenlage keine Adäquanzprüfung nach der Praxis bei psychischen Fehlentwicklungen (Urk. 12).

E. 3

3.1 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per Ende Oktober 2002 einstellte, weil nach diesem Zeitpunkt keine organischen Unfallfolgen mehr vorhanden gewesen wären und die beim Beschwerdeführer vorliegenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit den Unfallereignissen vom 18. April 2000 beziehungsweise 13. April 2001 gestanden hätten. Insoweit ist zwischen den Parteien auch strittig, nach welchen Kriterien die Adäquanzprüfung vorzunehmen ist. Diesbezüglich ist umstritten, ob der Beschwerdeführer am 13. April 2001 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat und ob das typische Beschwerdebild einer solchen Verletzung vorliegt. Weiter ist fraglich, ob eine sogenannte psychische Überlagerung des Beschwerdebildes gegeben ist.

E. 3.2

3.2.1 Dr. C. gab am 3. Mai 2000 folgende Beurteilung ab (Urk. 8/8): Deutliche Protrusio der Bandscheibe L4/5 in ganzer Zirkumferenz. Leichte Protrusio der Bandscheibe L3/4. Keine Discushernie nachweisbar. Deutliche Asymmetrie der Intervertebralgelenke des Segments L5/S1. Eine Wirbelfraktur hatte er bereits anlässlich der Untersuchung vom 19. April 2000 ausschliessen können (Urk. 8/9).

Dr. B. berichtete am 21. Mai 2000, dass der Beschwerdeführer über radikuläre Schmerzen in den Beinen klage. Anlässlich der Konsultation vom 8. Mai 2000 habe er erstmals auch Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und der Schulter angegeben. Schliesslich seien radikuläre Schmerzen und Parästhesien in beiden Armen hinzugekommen (Urk. 8/10).

Die Psychiater E. und Dr. F. diagnostizierten in ihrem Bericht vom 18. Juli 2000 (Urk. 8/11) eine leichte Affektstörung mit Verunsicherung und Angst sowie maladaptivem Umgang mit Schmerzproblematik, am ehesten im Rahmen einer leichten Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22). Wenngleich das Unfallereignis vom 18. April 2000 nicht so gravierend erscheine, hätten der protrahierte Beschwerdeverlauf und wahrscheinlich auch die Lokalisation der ursprünglichen Verletzung beim bis anhin gesunden und sportlichen Patienten eine erhebliche Verunsicherung ausgelöst.

Assistenzarzt Dr. med. R. und Oberarzt Dr. med. S. von der Bärderklinik D. erhoben in ihrem Bericht vom 27. Juli 2000 (Urk. 8/12) folgende Diagnosen:

1. Lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit/bei

-Ä Ä Status nach LWS-Kontusion am 18.04.00

-Ä Ä leichter Wirbelsäulenfehlform (diskrete linkskonvexe Skoliose, tiefthorakal verstärkte Kyphose)

-Ä Ä Fehlhaltung (muskuläre Verspannungen, Verkürzungen, Dysbalance)

2.Ä Ä Ä Leichte Affektstörung mit Verunsicherung und Angst sowie maladapтивem Umgang mit Schmerzproblematik, am ehesten im Rahmen einer leichten Anpassungsstörung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Obwohl der Beschwerdeführer stets interessiert und aktiv an den Therapien teilgenommen habe, sei die ängstliche Verunsicherung bestehen geblieben; er sei insgesamt sehr verkrampft gewesen. Beim Austritt aus der Klinik habe er zunächst subjektiv keine Verbesserung angegeben, im Gespräch habe sich aber doch gezeigt, dass die Ausstrahlung in das rechte Bein verschwunden sei und die linksseitigen Beschwerden weniger konstant ausgeprägt seien. Mit dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers sei ein Arbeitsversuch zu therapeutischen Zwecken ab 14. August 2000 vereinbart worden, mit initial vorwiegend wechselbelastender leichter Tätigkeit im Hausdienst.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Assistenzärztin Dr. med. T.____ und Oberarzt i.V. Dr. med. U.____ vom Stadtspital H.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2000 (Urk. 8/23; vgl. auch Urk. 8/51) unter anderem ein lumbales Schmerzsyndrom mit panvertebraler Generalisierung bei Status nach Kontusion der Lendenwirbelsäule am 18. April 2000, leichtgradiger Fehlstatik des Achsenskeletts, beginnenden degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (Diskusprotrusion L3/4 und L4/5) sowie Schmerzverarbeitungsstörung. Bei Klinikeintritt habe der Beschwerdeführer über lumbale Schmerzen geklagt (ausstrahlend entlang des dorsalen Oberschenkels und der dorsalen Wade bis ins obere Sprunggelenk), über Kraftlosigkeit im linken Knie sowie über Schmerzen im Nackenbereich. Das Schmerzsyndrom habe sich durch die veranlassten Therapien nicht beeinflussen lassen. Nach einem längeren Gespräch mit dem Beschwerdeführer habe man sich deshalb entschlossen, ihn nach Hause zu entlassen. Aus rheumatologischer Sicht lasse sich ab 27. September 2000 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mässig rückenbelastende Tätigkeit begründen. Nach derzeit einmonatiger Arbeitsunfähigkeit seien weitere Arbeitsversuche unerlässlich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. J.____ führte in seinem Bericht vom 26. Oktober 2000 (Urk. 8/26) aus, dass sich der Beschwerdeführer etwas zaghaft, aber flüssig bewege. Wesentliche funktionelle Einschränkungen seien nicht vorhanden. Etwas irritierend sei die Druckdolenz an den Dornfortsätzen der mittleren Lendenwirbelsäule. Es bestehe auch eine Indurierung der subkutanen Strukturen im Sinne einer Irritationszone der Manualmedizin. Die Druckdolenz sei ordentlich reproduzierbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I.____ beurteilte die Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 27. Oktober 2000 folgendermassen (Urk. 8/28): ■ Chondrose und leichte linksbetonte Spondylarthrose L4-S1. Kleine bis mittelgrosse dorsomediane Diskushernie L4/5 und kleine dorsomediane Diskushernie L5/S1. ■

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 17. Januar 2001 (Urk. 8/36) kam Dr. J.____ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine Fixation auf ein Schmerzbild bestehe, dessen pathologisch-anatomische Grundlage weitgehend fehle. Der einzige Weg aus diesem

Dilemma heraus sei eine konsequente und vorsichtig gesteigerte Leistungsforderung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K. ___ führte in seinem Bericht vom 2. Februar 2001 (Urk. 8/40) aus, dass der Beschwerdeführer seit einem nicht sehr eindrücklichen Unfall vom 18. April 2000 an einem therapieresistenten Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt im tiefen Rücken und einer Ausbreitung auf die ganze linke Körperseite leide. Somatisch sei es bisher nicht gelungen, die Beschwerden befriedigend zu erklären. Auch diese psychiatrische Untersuchung gebe nicht viele Aufschlüsse. Ein depressives Zustandsbild sei zwar nicht auszuschliessen, und es gebe Beschwerden, die als depressive Äquivalente aufgefasst werden könnten, sicher stehe aber ein solches Syndrom derzeit nicht manifest im Vordergrund. Was dominiere, sei allein der Schmerz. Es sei möglich, dass damit eine erhebliche affektive Störung maskiert werde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Assistenzarzt Dr. med. W. ___ und Dr. med. X. ___, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, von der Rehabilitationsklinik G. ___ hielten in ihrem Bericht vom 25. April 2001 (Urk. 8/49) fest, dass ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom vorliege. Die im MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. Oktober 2000 festgestellte linksbetonte Spondylarthrose L4 bis S1 könne mit diesen Beschwerden im Zusammenhang stehen. Eine radikuläre Komponente habe nicht verifiziert werden können. Bei Klinikaustritt hätten sich die Beschwerden auf die Lendenwirbelsäule konzentriert. Des Weiteren habe noch eine diffuse Hyposensibilität am linken Bein bestanden. Während der Behandlung wie auch in zahlreichen Gesprächen sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer bezüglich seiner Rückenproblematik sehr ängstlich eingestellt gewesen sei und eine Schmerzexazerbation wegen Überbelastung befürchtet habe.

3.2.2 Ä Ä Dr. B. ___ teilte der Beschwerdegegnerin am 1. Mai 2001 mit, dass der Beschwerdeführer am 13. April 2001 bei einem Autounfall eine Distorsion der Halswirbelsäule erlitten habe. Bei der klinischen Untersuchung seien starke Schmerzen und ein Hartspann der paravertebralen Muskulatur der Halswirbelsäule aufgefallen. Es bestehe eine deutliche Bewegungseinschränkung; hingegen seien keine neurologischen Beschwerden oder Ausfälle feststellbar (Urk. 9/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. J. ___ führte in seinem Bericht vom 26. Juni 2001 (Urk. 8/52) aus, dass für die Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule keine klare anatomische Ursache gegeben sei. Auffällig sei vielmehr das ständige Stöhnen während der Untersuchung. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei erstaunlich. Vom Bewegungsapparat her sei die Belastbarkeit sicher höher als das, was sich der Beschwerdeführer zutraue.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B. ___ diagnostizierte am 26. Juli 2001 eine chronische Schmerzkrankheit, ein lumbales Schmerzsyndrom mit panvertebraler Generalisierung, einen Status nach LWS-Kontusion am 18. April 2000, einen Status nach Autounfall am 13. April 2001 (HWS-Distorsion) und eine depressive Entwicklung. Seit dem ersten Unfall beständen beim Beschwerdeführer starke chronische Rücken-, HWS- und Kopfschmerzen. Trotz intensiver Abklärungen und umfassender Therapie- und Rehabilitationsmassnahmen sei es zu keiner Besserung des Beschwerdebildes gekommen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin nur zu 25 % arbeitsfähig (Urk. 8/57).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. O. ___ und PD Dr. M. ___ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 11. März 2002 (Urk. 8/70; vgl. auch Urk. 8/62a) ein chronisches lumbospondylogenes

Syndrom (segmentale Dysfunktion L4-S1; Status nach LWS-Kontusion), ein chronisches zervikovertebrogenes und zervikozephalas Syndrom (Status nach HWS-Distorsion) sowie eine depressive Entwicklung mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung.

Am 10. Juli 2002 äusserte sich Dr. J. ___ dahingehend, dass eine chronische Schmerzkrankheit vorliege, die wohl kaum mehr kurierbar sei. Das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess sei vorprogrammiert. Die Angelegenheit erstreckte sich nun schon über zwei Jahre; das Unfallereignis vom 13. April 2001 (Autounfall in L. ___) habe zu keiner erkennbaren Veränderung geführt. Versicherungstechnisch sei ein Abschluss anzustreben (Urk. 8/77).

Dr. Q. ___ führte in seinem Bericht vom 3. Juli 2002 (Urk. 8/84; vgl. auch Urk. 8/91) aus, dass sich trotz der intensiven therapeutischen Bemühungen nach den beiden Unfällen ein chronisches lumbospondylogenes und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom und eine Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion entwickelt hätten. Der Anpassungsstörung lägen der Verlust der Arbeitsfähigkeit, die fehlende Anerkennung als guter Arbeiter und Familienernährer und die damit verbundenen Insuffizienzgefühle zugrunde. Zusätzlich belastete ihn das Schikanieren durch einzelne Arbeitskollegen, gegen die er sich nicht zur Wehr setzen könne. Die Schmerzen ständen im Zentrum seines Erlebens. Eine psychotherapeutische Behandlung sei dringend indiziert.

Am 8. August 2005 berichtete Dr. Q. ___, dass der Beschwerdeführer unverändert an den Schmerzen im Kopfnackenbereich und im tiefen Rückenbereich mit Ausstrahlung ins linke Bein leide. Es bestehe eine chronische depressive Verstimmung mit häufigem Gräbeln, mangelnder Fähigkeit zur Freude und Energie- und Antriebslosigkeit. Ausserdem habe er Magenbeschwerden. Das seit 2002 bestehende chronische lumbo- und zervikospondylogene Schmerzsyndrom sei unverändert geblieben. Trotz adäquater psychiatrischer Behandlung bestehe auch weiterhin eine chronische leicht- bis zeitweise mittelgradige depressive Episode. Prognostisch müsse von einem weiterhin schwierigen Verlauf ausgegangen werden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % (Urk. 8/134).

Dr. Y. ___, Fachärztin FMH für Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 11. November 2005 (Urk. 8/147) ein chronisches Panvertebralsyndrom mit Betonung zervikozephal und lumbospondylogen nach Bagatellunfall mit LWS-Kontusion am 18. April 2000 und Auffahrkollision mit möglicher HWS-Distorsion am 13. April 2001 sowie eine depressive Entwicklung mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung. Die Art der beklagten Dauerschmerzen im Nacken- und Kopfbereich sowie auch lumbal und im linken Bein, die (bis auch ein zervikales und lumbales Syndrom) normalen Untersuchungsbefunde und die offenbar auch nicht relevanten radiologischen Veränderungen an der Wirbelsäule gäben keinen Hinweis auf eine prozesshafte intrakranielle Ursache der beklagten Kopfschmerzen. Angesichts der bereits wiederholt durchgeführten stationären und ambulanten Therapien, die keine Besserung der Beschwerden gebracht hätten, sehe sie aus neurologischer Sicht keine relevanten Aspekte und therapeutischen Möglichkeiten.

E. 3.3

3.3.1 Aufgrund der wiedergegebenen Arztberichte ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen somatischer

und psychischer Natur vorhanden sind. Der Beschwerdeführer leidet nach Lage der Akten zum einen unter einem chronischen lumbospondylogenen und zervikospondylogenen Schmerzsyndrom und zum anderen an einer Anpassungsstörung mit einer depressiven Reaktion (vgl. etwa Urk. 8/84, 8/134 und 8/147).

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid - wie bereits erwähnt - davon aus, dass beim Beschwerdeführer keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen. Diese Annahme wird jedoch durch die vorliegenden medizinischen Akten nicht hinreichend gestützt, denn es wird von keiner medizinischen Fachperson erklärt, weshalb etwa der erste Unfall vom 18. April 2000, als sich der Beschwerdeführer eine massive LWS-Kontusion zuzog, nicht für die Rückenproblematik mitverantwortlich sein sollte. Jedenfalls lässt sich gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten nicht zwanglos schliessen, dass das chronische lumbospondylogene und zervikospondylogene Schmerzsyndrom allein von einer psychischen Fehlentwicklung herrührt oder dass zumindest ein allfälliger Vorzustand wieder erreicht ist.

3.3.2 Auch soweit die Beschwerdegegnerin die Auffassungen vertrat, dass der Beschwerdeführer am 13. April 2004 kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe, dass kein typisches Beschwerdebild aufgetreten sei und dass jedenfalls eine psychische Überlagerung vorliege, kann ihr nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Aufgrund der Akten liegt vielmehr die Vermutung nahe, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Auffahrunfalls vom 13. April 2001 tatsächlich eine HWS-Distorsion zuzog. Dafür sprechen einerseits die Berichte von Dr. B. (Urk. 9/2 und 8/57), Dr. O. und PD Dr. M. (Urk. 8/70) und Dr. Q. (Urk. 8/84 und 8/134) und andererseits auch der typische Unfallhergang (vgl. Urk. 8/94.2-4). Dass das Unfallereignis vom 13. April 2001 zu keiner erkennbaren Veränderung geführt habe, wie dies Dr. J. betonte (Urk. 8/77), spricht jedenfalls nicht von vornherein gegen das Vorhandensein des nach HWS-Distorsion typischen Beschwerdebildes, das - bei entsprechender Diagnose - an sich zur Begründung der natürlichen Unfallkausalität genügt. Die Frage, inwieweit beim Beschwerdeführer das typische Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma vorliegt, lässt sich indes ebenfalls nicht schlüssig beantworten, weil bislang die Abklärung des lumbo- und zervikospondylogenen Schmerzsyndroms im Vordergrund stand. Um so weniger lässt sich die Frage beantworten, ob und in welchem Zeitpunkt von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der HWS-Problematik überhaupt noch eine Besserung zu erwarten war. Es kann daher auch nicht entschieden werden, ab wann sich die Adäquanzfrage bezüglich allfälliger Folgen des Unfalles vom 13. April 2001 überhaupt stellte. Schliesslich findet auch das Argument der Beschwerdegegnerin, es liege eine psychische Überlagerung vor, in den medizinischen Akten keine hinreichende Stütze. Es gibt zwar gewisse Hinweise dafür, dass die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen einen Grossteil des beim Beschwerdeführer vorliegenden Beschwerdebildes prägen. So führte etwa Dr. J. aus, dass der Beschwerdeführer sich auf ein Schmerzbild fixiere, dessen pathologisch-anatomische Grundlage weitgehend fehle (Urk. 8/36). Dr. Y. äusserte ebenfalls den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 8/147). Demgegenüber waren jedoch die psychiatrischen Experten, Dr. K. und Dr. Q., wohl nicht der Ansicht, dass eine psychische Überlagerung im Sinne des in Erw. 1.3.6 Dargelegten gegeben sei. Dr. K. erklärte im Gegenteil ein allenfalls vorhandenes depressives Zustandsbild stehe sicher

nicht manifest im Vordergrund (Urk. 8/40). Auch aus den Berichten von Dr. Q.____ geht nicht hervor, dass er von einer psychischen **Ä**berlagerung ausgeht (vgl. Urk. 8/84 und 8/134).

3.3.3 **Ä** Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die vorliegende Sache nicht spruchreif ist. Zum einen ist unklar, ob beim Beschwerdef^Ährer tats^Ächlich keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen. Zum anderen ist unklar, ob er am 13. April 2001 ein Schleudertrauma der Halswirbels^Äule oder eine ^Äquivalente Verletzung erlitten hat und wie lange diesbez^Äglich eine Therapie erforderlich war. Auch inwieweit eine psychische **Ä**berlagerung vorliegt, l^Ässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht beantworten. Ob zwischen den vom Beschwerdef^Ährer geklagten Gesundheitsbeeintr^Ächtigungen und den Unf^Ällen vom 18. April 2000 und 13. April 2001 ein nat^Ärllicher Kausalzusammenhang besteht, l^Ässt sich somit nicht entscheiden. Je nach Ausgang der diesbez^Äglichen Abkl^Ärrungen wird allenfalls zu pr^Äfen sein, auf welchen der beiden erlittenen Unf^Älle die jeweiligen Gesundheitsst^Ärungen zur^Äckzuf^Ähren sind. Dies k^Ännnte f^Är eine allf^Ällige Ad^Äquanzpr^Äfung wichtig sein, da nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass eine solche Pr^Äfung in Bezug auf beide Unf^Älle nach denselben Kriterien vorzunehmen sein wird.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Sache ist demzufolge unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 25. Januar 2006 an die Beschwerdegegnerin zur^Äckzuweisen, damit sie die notwendigen Abkl^Ärrungen veranlasse und hernach neu ^Äber ihre Leistungspflicht ab 1. November 2002 verf^Äge. Angesichts der Komplexit^Ät des vorliegenden Falles erscheint es angezeigt, die offenen Fragen durch ein verwaltungsunabh^Ängiges polydisziplin^Äres Gutachten kl^Ären zu lassen.

4. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Nach ^Ä§ 34 Abs. 1 des Gesetzes ^Äber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde f^Ährende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne R^Äcksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (^Ä§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die R^Äckweisung an den Versicherungstr^Äger zur weiteren Abkl^Ärrung (BGE 110 V 57 Erw. 3a). Vorliegend erscheint eine Prozessentsch^Ärdigung in der H^Ähe von Fr. 3'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2006 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur^Äckgewiesen wird, damit sie nach erfolgter Abkl^Ärrung im Sinne der Erw^Ägungen ^Äber ihre Leistungspflicht ab 1. November 2002 neu verf^Äge.

2. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Das Verfahren ist kostenlos.

3. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdef^Ährer eine Prozessentsch^Ärdigung in der H^Ähe von Fr. 3'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä** Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Rechtsanwalt Martin Habl^Ätzel

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit 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.