

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00309 vom 31. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2006.00309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00309)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00309 du 31 janvier 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00309 del 31 gennaio 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1 M. \_\_\_\_, geboren 1956, arbeitete als Hilfsmonteur bei der A. \_\_\_\_, und war in dieser Eigenschaft bei den Basler Versicherungen (im Folgenden: Basler) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 8. Oktober 2004 erlitt er einen Unfall, als er sich beim Aufräumen des Lagers am Kopf verletzte (Urk. 14/K1). Die Ärzte des Spitals B. \_\_\_\_, in welchem er nach dem Unfall für zwei Tage hospitalisiert war, diagnostizierten eine triangelförmige, ca. 20 cm lange Rissquetschwunde (RQW) occipital sowie eine Halswirbelsäulendistorsion (HWS-Distorsion) 2. Grades (Urk. 14/M2). Sie schrieben M. \_\_\_\_, bis zum 16. Oktober 2004 als zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 14/M6). Die Basler trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung und Taggeld.

1.2 Nachdem sich die Beschwerden von M. \_\_\_\_, nicht gebessert hatten (vgl. Arztberichte von Dr. med. C. \_\_\_\_, Oberglatt, vom 6. November 2004, Urk. 14/M7, beziehungsweise 6. Februar 2005, Urk. 14/M11), diagnostizierte Dr. D. \_\_\_\_, Oberarzt am E. \_\_\_\_, im ärztlichen Bericht vom 10. Februar 2005 ein subakutes Panvertebral-Syndrom und ein zervikozephalales Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei einem Status nach Arbeitsunfall am 8. Oktober 2004 und differentialdiagnostisch einem Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung mit/bei Verdacht auf depressive Entwicklung (Urk. 14/M13). Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 24. März 2005, der Versicherte leide an einer depressiven Episode mit somatischem Syndrom, gegenwärtig leicht (ICD F 32.01, Urk. 14/M14). Im Gutachten vom 13. April 2005 (Urk. 14/M17) schrieb Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, dass zur Zeit keine somatische Diagnose von Krankheitswert gestellt werden könne. Dr. med. W. N. H. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Gutachten vom 21. August 2005 (Urk. 14/M18) fest, es liege beim Versicherten ebenso wenig eine eigentliche ICD-10-kodierbare Persönlichkeitsstörung wie eine psychiatrische Erkrankung vor.

1.3 Mit Verfügung vom 9. November 2005 teilte die Basler M. \_\_\_\_, sinngemäss mit, dass sie die Leistungen per 30. April 2005 einstelle (Urk. 14/V3.1). Die dagegen gerichtete Einsprache vom 1. Dezember 2005 (Urk. 14/V4.1) wies sie mit Entscheid vom 3. August 2006 ab (Urk. 14/V11.1), nachdem sie Kenntnis genommen hatte vom Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_, Rheumatologe FMH, vom 27. Februar 2006 (Urk. 14/M19), der ein cervikovertebrales und cervikocephales Syndrom bei/mit Status nach Schädelkontusion mit Weichteilverletzung im oberen Hinterkopfbereich sowie einen Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung und/oder Aggravation diagnostiziert hatte.

2. Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Gegen diesen Einspracheentscheid erhob M. \_\_\_\_ durch Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, ZÃ¼rich, mit Eingabe vom 4. Oktober 2006 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

"Â Â 1.Â Â Â Â Es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben.

Â 2. Es sei eine Rente fÃ¼r eine 100 % ErwerbsunfÃ¤higkeit und eine IE bis zu 50 % zuzusprechen.

Â 3.Â Â Â Â Eventualiter sei das Verfahren im Sinne der ErwÃ¤gungen zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurÃ¼ckzuweisen.

Â 4. Es sei der Unterzeichnete zum unentgeltlichen Rechtsbeistand beizugeben.

Â 5.Â Â Â Â Unter Kosten- und EntschÃ¤digungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â In der Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2001 schloss die Basler auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12). Hierauf wurde der Schriftenwechsel am 31. Januar 2007 als geschlossen erklÃ¤rt (Urk. 15).

3.Â Â Â Â Â Â Â Â Zu erwÃ¤hnen ist, dass die Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÃ¼rich, IV-Stelle, mit VerfÃ¤gung vom 6. April 2006 den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente verneinte und die gegen diese VerfÃ¤gung erhobenen Rechtsmittel abgewiesen wurden, zuletzt mit heutigem Entscheid des hiesigen Gerichtes (Prozess-Nr. IV.2006.00693). Am 4. Dezember 2006 schliesslich berichteten die Ãrzte der J. \_\_\_\_, OrthopÃ¤die, Ã¼ber ein Schulterimpingement links, eine Signalalteration von Supraspinatussehne, Subscapularissehne und begleitender Bizepspathologie sowie eine AC-Gelenksarthrose links (Urk. 14/M21).

4.Â Â Â Â Â Â Â Â Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden ErwÃ¤gungen eingegangen.

Das Gericht zieht in ErwÃ¤gung:

1.Â Â Â Â Â Â Â Â

1.1Â Â Â Â Â Â Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ã¼ber die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmÃ¤ssige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfÃ¤hig, so steht ihr gemÃ¤ss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der Ã¤rztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfÃ¤llige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

1.2Â Â Â Â Â Â Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemÃ¤ss UVG setzt zunÃ¤chst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, InvaliditÃ¤t, Tod) ein natÃ¼rlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natÃ¼rlichen Kausalzusammenhangs sind alle UmstÃ¤nde, 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 schädige 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 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigen 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 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. 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 ad quate 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

#### 1.4. Die Tatfrage

1.4.1. Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsstr ger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsstr ger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

1.4.2. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch hat auf eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung hat, was bereits mit Einsprache vom 1. Dezember 2005 (Urk. 14/V1.4) beantragt worden war und worauf die Beschwerdegegnerin stillschweigend eintrat. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich wie

folgt dar:

2.1. Der erstbehandelnde Dr. K. teilte im Arzteugnis UVG vom 21. Oktober 2004 (Urk. 14/M1) mit, dass dem Beschwerdeführer ein Palett von der Ladeschaukel eines Gabelstaplers auf den Hinterkopf gefallen sei. Dabei habe er sich eine Rissquetschwunde am Hinterkopf zugezogen. Er sei leicht benommen, nicht aber bewusstlos gewesen sei. Bezüglich des Ereignisses liege eine Amnesie vor, so dass der Unfallhergang von einer Begleitperson habe erfragt werden müssen. Er habe starke Schmerzen im Halswirbelsäulen- und oberen Brustwirbelsäulenbereich beklagt, jedoch hätten keine sensomotorischen Ausfälle der oberen und unteren Extremitäten vorgelegen.

2.2. Der Beschwerdeführer wurde von Dr. K. ans Spital B. verwiesen, wo er vom 8. bis 9. Oktober 2004 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht vom 3. November 2004 (Urk. 14/M2) diagnostizierte Dr. L. eine occipitale triangelförmige ca. 20 cm lange Rissquetschwunde sowie eine Halswirbelsäulen-Distorsion zweiten Grades. Die Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule sei unauffällig ausgefallen. Bis zum 16. Oktober 2004 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor.

2.3. Im Bericht von Dr. C. vom 6. November 2004 (Urk. 14/M7) wurde eine Halswirbelsäulendistorsion zweiten Grades sowie eine Rissquetschwunde festgehalten. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

2.4. Im ärztlichen Bericht des E., Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, vom 10. Februar 2005 (Urk. 14/M13) diagnostizierten die Ärzte ein subakutes Panvertebral-Syndrom und ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom links betont bei einem Status nach einem Arbeitsunfall vom 8. Oktober 2004 und differentialdiagnostisch einen Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung mit Verdacht auf eine depressive Entwicklung und Angststörung. Sie attestierten ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 25. November bis 12. Dezember 2004 und eine solche von 50 % ab dem 13. Dezember 2004 für zirka zwei bis vier Wochen. Danach sollte eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben sein.

2.5. Mit Schreiben vom 24. März 2005 (Urk. 14/M14) berichtete Dr. F. über den Behandlungsverlauf seit dem 19. Januar 2005 und diagnostizierte eine depressive Episode mit somatischem Syndrom, welche gegenwärtig leicht sei (ICD-10 F32-01). Aufgrund der psychiatrischen Symptomatik bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine verlässliche Prognose könne nach dem kurzen Behandlungszeitraum nicht gestellt werden.

2.6. Im Bericht vom 15. Juli 2005 (Urk. 14/M16) bestätigten die Ärzte des E. ihre Diagnose. In der klinischen Untersuchung seien bis auf eine diffuse Hyposensibilität des linken Ober- und Unterarms sowie eine allgemeine Kraftverminderung der Oberarm- und Schultermuskulatur beidseits keine Hinweise auf eine radikuläre Beteiligung gefunden worden. Bei der Prüfung von 5 Waddell-Zeichen seien 4 positiv gewesen. Die Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule sei bei aktivem Gegenspannen und bei verminderter Spontanmotorik nicht beurteilbar gewesen. Zur Vermeidung einer Chronifizierung sowie einer intensiven Physiotherapie werde der Beschwerdeführer für einen stationären Hospitalisationsaufenthalt aufgeboten.

2.7. Dr. G. berichtete im unfallchirurgischen Gutachten vom 13. April 2005 (Urk. 14/M17), der Beschwerdeführer habe sich beim Berufsunfall vom 8. Oktober 2004 zweifelsfrei eine ausgedehnte skalpartige Weichteilverletzung im oberen Hinterkopfbereich (ICD-10 S01.0) zugezogen. Diese sei zeitgerecht durch Direktnaht versorgt worden und komplikationsfrei ausgeheilt. Offen bleibe, ob der Beschwerdeführer zusätzlich eine leichte gedeckte Schädelhirnverletzung (Comotio cerebri, ICD-10 S06.0) erlitten habe. Dafür spreche die Erinnerungslücke für das Geschehen, während die klinischen Untersuchungsbefunde in der Notfallaufnahme des Spitals B. keine einschlägigen Hinweise ergäben. Jedenfalls heile eine solche leichte Hirnerschütterung gemäss unfallmedizinischer Erfahrung innert weniger Tage folgenlos aus.

Seitens der erstbehandelnden Klinik sei zusätzlich eine Halswirbelsäulen-Distorsion (ICD-10 S 13.4) des Grades II in den Diagnosekatalog aufgenommen worden, und dies habe sich hartnäckig in den hausärztlichen Akten gehalten. Unter dem Grad II einer Halswirbelsäulendistorsion verstehe man ein Zustandsbild mit starken Beschwerden in Form der Nackensteife und allenfalls Schluckbeschwerden. Das beschwerdefreie Intervall dauere in der Regel weniger als eine Stunde, und radiologisch finde man eine Steilstellung der Halswirbelsäule eventuell mit einem kyphotischen Knick. Die so genannten muskuloskelettalen Zeichen schliessen einen verringerten Bewegungsumfang der Halswirbelsäule und einen Druckschmerz ein. Diese Symptome liessen sich jedoch auch zwanglos mit der in casu ausser Diskussion stehenden Gewalteinwirkung auf den Hinterkopf erklären. Pathomechanisch sei ein Abknickmechanismus der Halswirbelsäule bei direkter Schädelprellung möglich, jedoch nicht zwingend. Die Kombination von Schädelhirn- und Wirbelsäulenverletzung sei in der Traumatologie wohl bekannt, man finde sie jedoch praktisch ausschliesslich in Fällen mit schwerer Hirnsubstanzbeteiligung.

Auch unter der Prämisse einer begleitenden leichten Halswirbelsäulendistorsion lasse sich der nunmehr fast ein halbes Jahr andauernde protrahierte Verlauf mit konstanter Schmerzäusserung im Hinterkopf mit Ausstrahlung nach distal über den Rücken nicht erklären. Kontrastierend mit dem subjektiven Klagekatalog sei auch die allseits weiche Wirbelsäulenstütz- und Muskulatur. In Richtung einer Verdeutlichungstendenz oder gar bewusstseinsnahen Symptomproduktion spreche die vom Beschwerdeführer bei der Untersuchung im Stehen immer wieder aktiv eingenommene skoliotische Fehlhaltung, welche sich auf Aufforderung hin korrigieren lasse.

Wie bereits die Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des E., welche sich diagnostisch auf den Begriff des subakuten Panvertebralsyndroms festlege und somit keine Aussage zur Unfallkausalität des subjektiven Beschwerdebildes tätige, komme er gutachterlich zum Schluss, dass von Seiten des Berufsunfalls vom 8. Oktober 2004 beim Beschwerdeführer keine Körperverletzungen vorliegen, welche eine Arbeitsunfähigkeit im UVG-versicherten Beruf rechtfertigen würden.

2.8. Dr. H. beurteilte den Beschwerdeführer im fachpsychiatrischen Gutachten vom 21. August 2005 (Urk. 14/M18) als intrapsychisch einfach strukturierte, emotional wenig differenzierte, schlecht integrierte, bildungsferne, jedoch durchschnittlich intelligente Persönlichkeit mit sowohl histrionischen als auch narzisstischen Zügen. Eine depressive Stimmung habe anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nicht mehr diagnostiziert werden können, vielmehr habe der barsch und teils ungehobelt in

Erscheinung getretene und wenig gepflegte Beschwerdeführer als dysphorisch-verstimmt und zu appellativ-überhöhter, aber undifferenzierter Darstellung seiner Beschwerden neigend imponiert. Er habe sich gewissermassen im Status einer vollinvaliden Person präsentiert. Auch die in den Akten zitierte Angststörung sei anlässlich der Begutachtung nicht erkennbar gewesen. Ausser Betracht fielen schliesslich auch eine (schizo-)affektive Störung, ein psychotischer Prozess, eine wahnhaftige Entwicklung, eine Suchtproblematik sowie eine hirnorganische Störung. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten kognitiven und mnestischen Störungen hätten sich nicht objektivieren lassen.

Wie im Gutachten von Dr. G. erwähnt, wäre der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung zu diskutieren. Es beständen indessen erhebliche Zweifel, ob der Beschwerdeführer tatsächlich an so starken Schmerzen und Beeinträchtigungen leide, wie er vorgebe. Viel eher sei von einer gezielt aggravatorischen Beschwerdeschilderung und -darstellung auszugehen, wobei finale versicherungsrechtliche Überlegungen wahrscheinlich seien. Deutlich sei eine narzisstische Komponente geworden. Sowohl die Ehescheidung als auch die Kündigung habe der Beschwerdeführer vermutlich als narzisstisch sehr kränkend empfunden. Bis auf den heutigen Tag sei er von Groll gegen den ehemaligen Arbeitgeber erfüllt. Anhand der appellativ überhöhten und teils theatralisch anmutenden Verhaltensweisen und der bewusstseinsnahen Symptomproduktion sei ferner von einer histrionischen Persönlichkeitskomponente auszugehen.

Eine eigentliche ICD-10-kodierbare Persönlichkeitsstörung liege beim Beschwerdeführer indessen ebenso wenig vor wie eine psychiatrische Erkrankung. Ein ihn zutiefst erfassender und ihn emotional erschütternder Leidensdruck sei bei der Begutachtung nicht erkennbar gewesen. Die Beschwerden seien vage, pauschalisierend und in vielen Punkten nicht nachvollziehbar, dafür mit umso grösserer Verdeutlichungstendenz vorgetragen worden. Unter der Annahme, dass unmittelbar posttraumatisch eine Anpassungsstörung zu einer depressiven Verstimmung geführt habe, könne angenommen werden, dass ab dem 1. Mai 2005 überwiegend unfallfremde, allenfalls auch motivationale Faktoren mitwirkten.

Dr. I. diagnostizierte im rheumatologischen Gutachten vom 27. Februar 2006 (Urk. 14/M19) ein cervikovertebrales und cervikocephales Syndrom bei/mit Status nach Schädelkontusion mit Weichteilverletzung im oberen Hinterkopfbereich sowie einen Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung und/oder Aggravation. Es bestehe zwischen den geklagten subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden eine erhebliche Differenz. Die vom Beschwerdeführer demonstrierten Bewegungseinschränkungen im Bereiche von Halswirbelsäule und Schultern seien nicht konsistent und liessen sich unter Ablenkung oder anderen Voraussetzungen verändern. Ein erheblicher Muskelhartspann sei nicht vorhanden, die während der ganzen Untersuchung ziemlich konsequent eingehaltene Schräghaltung des Kopfes nach rechts werde bei gezielter Untersuchung als schmerzhaft angegeben. Das Erheben eines objektiven und konsistent reproduzierbaren Befundes sei somit compliance-bedingt nicht möglich.

Laut Arztbericht der J., Orthopädie, vom 4. Dezember 2006 (Urk. 14/M21) leidet der Beschwerdeführer an einem Schulterimpingement links, einer Signalalteration von Supraspinatussehne, Subscapularissehne und begleitender Bizepspathologie und an einer AC-Gelenkarthrose. Die Pathologie zeige klinisch und radiologisch Hinweise auf eine

degenerative Veränderung.

### 3.1.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Die Unfallversicherung stützt sich bei ihrem ablehnenden Einspracheentscheid auf das unfallchirurgische Gutachten von Dr. G. \_\_\_ vom 13. April 2005 (Urk. 14/M17) und das psychiatrische Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 21. August 2005 (Urk. 14/M18) sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. I. \_\_\_ vom 27. Februar 2006 (Urk. 14/M19). Alle drei Gutachten sind für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Sodann beruhen sie auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Schliesslich wurden die Gutachten in Kenntnis der Vorakten erstellt, leuchten in der Darlegung der medizinischen Situation ein und sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Sie erfüllen daher die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend Erw. 1.4.2) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

### 3.2.1.1.1.1

3.2.1.1.1 Gemäss unfallchirurgischem Fachgutachten von Dr. G. \_\_\_ vom 13. April 2005 (Urk. 14/M17) liegen beim Beschwerdeführer nach dem Unfall keine Körperverletzungsschäden vor, die eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit rechtfertigen. Die beim Unfall zugezogene skalpartige Weichteilverletzung im oberen Hinterkopfbereich ist komplikationslos ausgeheilt. Es ist zwar offen, ob der Beschwerdeführer zusätzlich eine leichte gedeckte Schädelhirnverletzung erlitten hat. Eine solche leichte Hirnerschütterung heilt gemäss unfallmedizinischer Erfahrung jeweils innert weniger Tage folgenlos ab.

3.2.2.1.1 Diese Feststellung deckt sich mit den Aussagen von Dr. I. \_\_\_ im rheumatologischen Gutachten vom 27. Februar 2006 (Urk. 14/M19), welcher konstatierte, dass zwischen den geklagten subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden eine erhebliche Differenz bestehe. Die vom Beschwerdeführer demonstrierten Bewegungseinschränkungen im Bereich von Halswirbelsäule und Schultern seien nicht konsistent und liessen sich unter Ablenkung oder anderen Voraussetzungen verändern.

3.2.3.1.1 Eine ähnliche Feststellung machten bereits die Rheumatologen des E. \_\_\_ im Bericht vom 15. Juli 2005 (Urk. 14/M16), welche vier von fünf getragenen Waddel-Zeichen als positiv vorfanden und die Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule bei aktivem Gegenspannen und bei verminderter Spontanmotorik nicht beurteilen konnten. Die Rheumatologen erwähnten bereits im Bericht vom 10. Februar 2005 (Urk. 14/M13), dass das MRI der Halswirbelsäule unauffällig ausgefallen sei und gingen davon aus, dass ab dem 13. Dezember 2004 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für zirka zwei bis vier Wochen vorliege und hernach die vollständige Arbeitsfähigkeit wieder gegeben sein sollte.

3.2.4.1.1 Hieran vermag die Einschätzung des Hausarztes Dr. C. \_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 6. November 2004 (Urk. 14/M7) weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig schrieb und im Bericht vom 6. Februar 2005 (Urk. 14/M11) darlegte, es sei sowohl subjektiv als auch objektiv keine Besserung eingetreten, nichts zu verändern. Zu dessen Beurteilung ist vorab zu bemerken, dass er als Hausarzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung geneigt sein dürfte, in Zweifelsfällen eher

zu Gunsten des Beschwerdeführers auszusagen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Dezember 2006 in Sachen S., I 482/06, Erw. 3.3, unter Hinweis auf BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit dem Hinweis, dass ein Arbeitsversuch habe abgebrochen werden müssen, ohne darzulegen, aus welchem Grund, scheint sich Dr. C. vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu stützen, ohne eigene Befunderhebungen zu schildern.

3.2.5 Es kann somit davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer keine somatischen Beschwerden vorliegen, die ihn in der Arbeitsfähigkeit einschränken.

### 3.3

3.3.1 In psychiatrischer Hinsicht verneinte Dr. H. im fachpsychiatrischen Gutachten vom 21. August 2005 (Urk. 14/M18) sowohl das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung als auch eine psychiatrische Erkrankung. Ein zutiefst erfassender und emotional erschütternder Leidensdruck sei bei der Begutachtung nicht erkennbar gewesen. Ebenso hätten sich die geklagten kognitiven und mnestischen Störungen nicht objektivieren lassen. Das erlittene Trauma sei nicht geeignet, im Untersuchungszeitpunkt (10 Monate nach dem Unfall) die vom Beschwerdeführer präsentierte Symptomatik zu induzieren.

3.3.2 Diese Einschätzung kann durch den Arztbericht von Dr. F. vom 24. März 2005 (Urk. 14/M14) nicht widerlegt werden. Dr. F. diagnostizierte in seinem Verlaufsbericht eine depressive Episode mit somatischem Syndrom, welche im Zeitpunkt der Berichterstattung leicht gewesen war. Dass diese im Verlauf weiter abgeklungen ist, kann angenommen werden, räumte doch auch Dr. H. ein, dass unmittelbar posttraumatisch eine Anpassungsstörung zu einer depressiven Verstimmung hätte geführt haben können (Urk. 14/M18 S. 22 Ziff. 5.2.2).

3.3.3 Aufgrund der ärztlichen Berichte ist daher davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung vorliegt.

3.4 Liegen keine Gesundheitsschädigungen vor, erbringt sich die Prüfung des Kausalzusammenhangs.

3.5 Was die Vorbringen hinsichtlich der mangelnden Koordination zwischen Unfallversicherung und Invalidenversicherung betrifft, ist nochmals darauf hinzuweisen, dass das Gericht mit Urteil vom heutigen Tag Ansprache des Beschwerdeführers auch gegenüber der Invalidenversicherung verneint hat. Was die Koordination mit der Arbeitslosenversicherung betrifft, wäre es am Beschwerdeführer selber gelegen, sich zur Arbeitsvermittlung anzumelden.

4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer an keinem Gesundheitsschaden mehr leidet und die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 1. Mai 2005 zu Recht eingestellt hat.

## E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer stellte das Begehren um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes (Urk. 1). Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht wird einer Partei auf Gesuch eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht aussichtslos erscheint.

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehr nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet; BGE 124 I 304 E. 2c S. 307) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 S. 135; 128 I 225 E. 2.5.3 S. 235).

5.2 Dem Beschwerdeführer musste bereits aufgrund des Einspracheentscheids vom 3. August 2006 klar sein, dass sein Rechtsbegehren offensichtlich unbegründet ist, und er machte keine konkreten Einwände gegen die vorliegenden ärztlichen Gutachten und Berichte geltend. Stattdessen brachte er pauschal vor, er fühle sich von der Unfallversicherung nicht ernst genommen und der Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden, was eindeutig widerlegt ist (vgl. oben Erw. 3.5). Somit erweist sich die Beschwerde zum vorneherein als aussichtslos, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung bereits aus diesem Grund abzuweisen ist.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung wird abgewiesen.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg
- Rechtsanwalt Oskar Müller
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.