

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00354 vom 17. Juli 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2006.00354](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00354)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00354 du 17 juillet 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00354 del 17 luglio 2006

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Die Beschwerdeführerin ging davon aus, dass den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wohl klinisch fassbare, durch ärztliche Untersuchung feststellbare Befunde entsprächen, nicht aber ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung (Urk. 2 S. 7 Ziff. 3g). Der erlittene Unfall sei als mittelschwer im Grenzbereich zu leicht einzustufen und die Prüfung der aufgrund von BGE 117 V 367 massgebenden Kriterien führe zur Verneinung der Adäquanz des Kausalzusammenhanges (Urk. 2 S. 9 Ziff. 6). Das medizinische Behandlungspotential sei ausgeschöpft, weshalb der Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung richtig gewählt worden sei (Urk. 2 S. 9 f. Ziff. 7).

2.2. Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, die Adäquanzprüfung sei verfrüht erfolgt (Urk. 1 S. 8 Ziff. III.1), der natürliche Kausalzusammenhang sei gegeben (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. III.2, S. 14 f. Ziff. III.5), vor dem Unfall sei er voll leistungsfähig gewesen (Urk. 1 S. 9-12 Ziff. III.3), die Beschwerdeführerin habe ihre Abklärungsspflicht verletzt und es liege noch ein wesentlicher somatischer Kern an Unfallfolgen vor (Urk. 1 S. 13 f. Ziff. III.4), bei der Beurteilung der Adäquanz seien früher erlittene Unfälle, welche ebenfalls die HWS und das Gehirn betroffen hätten, zu berücksichtigen und diese sei zu bejahen (Urk. 1 S. 15 f. Ziff. III.6).

2.3. Strittig und zu prüfen ist somit, ob zwischen den Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (August 2005) und dem im September 2002 erlittenen Unfall ein insbesondere adäquater Kausalzusammenhang besteht, ob der Zeitpunkt der erfolgten Adäquanzprüfung richtig oder verfrüht sei und welches Ergebnis diese zeitigt.

### E. 3

3.1. Am 27. November 2001 wurde der Beschwerdeführer wegen HWS- und Hinterkopfbeschwerden in der Universitätsklinik B. untersucht, welche gemäss Bericht vom 4. Dezember 2001 (Urk. 8/148.15-16) rund fünf Monate zuvor ohne Ereignis aufgetreten waren (Urk. 8/148.15 Mitte) und in Ruhe wie auch belastungsabhängig verstärkbar angehalten hatten (Urk. 8/148.16 oben). Als Diagnose wurde ein unspezifisches cervicocephales Schmerzsyndrom genannt (Urk. 8/148.15 Mitte); es wurde die Fortsetzung von Medikamenten und Physiotherapie empfohlen und keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/148.16 oben).

3.2. Am Unfalltag, Samstag 28. September 2002, erfolgte die Erstbehandlung im Bezirkspital C. (Urk. 8/2 Ziff. 12), wo als Befund ein muskulärer Hartspann nuchal

beidseits, keine neurologischen Symptome und röntgenmässig keine Fraktur festgehalten (Urk. 8/14 Ziff. 4) und als Diagnose ein HWS-Distorsionstrauma genannt wurden (Urk. 8/14 Ziff. 4-5). Gemäss Unfallmeldung vom 14. Oktober 2002 setzte der Beschwerdeführer die Arbeit ab 30. September 2002 aus (Urk. 8/3.3 Ziff. 10).

Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, nannte in seinem Zwischenbericht vom 4. November 2002 (Urk. 8/6) als Diagnose eine am 28. September 2002 erlittene HWS-Distorsion. HWS- und Kopfschmerzen seien unter Therapie langsam regredient. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei auf den 11. November 2002 vorgesehen (Urk. 8/6 Ziff. 1, 2 und 4a).

Am 2. Dezember 2002 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ wiederum über eine Besserung. Die Arbeit sei am 29. Oktober 2002 zu 50 % wieder aufgenommen worden (Urk. 8/12 Ziff. 2 und 4a).

Am 6. Januar 2003 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über eine Zunahme von Nackenschmerzen nach Belastungen, vor allem überkopfarbeiten, sowie intermittierende Konzentrationsprobleme (Urk. 8/24 Ziff. 2).

Ein am 21. Januar 2003 erstelltes MRI der HWS ergab keinen Nachweis von Frakturen oder Luxationen und war bis auf leichtgradige degenerative Veränderungen der HWS unauffällig (Urk. 8/25).

Am 14. Februar 2003 untersuchte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer, worüber sie am 17. Februar 2003 berichtete (Urk. 8/32). Sie nannte folgende Diagnose (Urk. 8/32 S. 1 Mitte):

Zervikozepales und zervikospodylogenes Syndrom linksbetont bei/mit

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 28. September 2002

- Verdacht auf Instabilität C4/5

Im klinischen Status finde sich eine Wirbelsäulenfehlform mit Shift der HWS nach rechts, eine deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, vor allem auch der Kopfgelenke sowie eine ausgeprägte Druckdolenz der kleinen Wirbelgelenke beidseits C4/5. Das MR der HWS sowie des Schädels zeige keine organische Schädigungen, die Funktionsaufnahmen zeigten eine Verschiebung um 3 mm im Segment C4/5, was für eine leichte Instabilität in diesem Segment spreche. Die bisherige Physiotherapie habe keinen wesentlichen Erfolg gebracht. Die vom Beschwerdeführer glaubhaft geschilderten Beschwerden könnten auf den Unfall zurückgeführt werden; die vermutliche Instabilität C4/5 und Dysfunktion der oberen HWS erklärten die beklagten Beschwerden (Urk. 8/32 S. 1).

Gemäss der am 24. März 2003 erstatteten biomechanischen Kurzbeurteilung (Urk. 8/38) lag die Geschwindigkeitsänderung bei der Heckkollision inner- oder oberhalb eines Bereiches von 10-15 km/h und jene bei der anschliessenden Frontkollision deutlich unterhalb eines Bereichs von 20-30 km/h (Urk. 8/38 S. 2 Mitte). Die anschliessend an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden und Befunde seien allein in einem Normalfall bereits eher erklärbar (Urk. 8/38 S. 3 f.). Im Hinblick auf die Abweichungen vom Normalfall (Zustand nach Vorunfall mit

HWS-Beteiligung 1995; therapiebedürftige Nackenschmerzen bis kurze Zeit vor dem jetzt zu betrachtenden Unfall) ergebe sich, dass sie umso besser erklärbar wären. Zum längerfristigen Verlauf sei keine Stellungnahme möglich (Urk. 8/38 S. 4 oben).

3.5. Vom 12. März bis 23. April 2003 weilte der Beschwerdeführer in der Rehaklinik F., in deren Austrittsbericht vom 28. April 2003 (Urk. 8/42) als Diagnose der Auffahrunfall vom 28. September 2002 mit HWS-Distorsion und als aktuelle Probleme ein ausgeprägtes cervikozepales Schmerzsyndrom mit deutlich eingeschränkter HWS-Beweglichkeit und Parästhesien der linken Hand genannt wurden (Urk. 8/42 S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage, je ab 24. April 2003, für die Tätigkeit als Gipser 100 % und für die angestammte Tätigkeit als Geschäftsführer 80 % ab 24. April 2003. Der Beschwerdeführer sollte in der Lage sein, 2 Stunden administrative Arbeiten tätig zu erledigen, allerdings mit vermehrten Pausen, mithin verteilt auf mindestens 4 Stunden (Urk. 8/42 S. 1).

Am 14. Juli 2003 nahm Kreisarzt Dr. med. H., Facharzt für Chirurgie FMH, gestützt auf den Austrittsbericht der Rehaklinik F. eine Schätzung des Integritätsschadens vor und veranschlagte diesen gemäss Tabelle 7 (als Osteochondrose mit der Ausprägung +++ auf der Schmerzfunktionskala) auf 20 % (Urk. 8/47). Ebenso übernahm er die Angaben im Austrittsbericht der Rehaklinik F. zur Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/48).

Auf entsprechende Nachfrage führte Prof. Dr. med. I., Facharzt für Neurologie, Rehaklinik F., am 20. August 2003 aus, es sei während der rund sechswöchigen stationären Behandlung trotz intensiver therapeutischer Bemühungen und guter Kooperation des Beschwerdeführers zu keiner wesentlichen Verbesserung der Arbeitsunfähigkeit gekommen; eine kurzfristige Verbesserung sei nicht zu erwarten (Urk. 8/62 S. 1 Ziff. 1). Mit einer allgemeinen Befundverbesserung sei innerhalb der nächsten Wochen und Monate nicht zu rechnen. Sicherlich sei auch die soziale und ökonomische Situation des Beschwerdeführers ein Rehabilitationshindernis. Möglicherweise komme es nach einer Stabilisierung des beruflichen Umfeldes zu einer gewissen Stabilisierung und Verbesserung des Krankheitsbildes, was jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit vorauszusagen sei (Urk. 8/62 S. 2 Ziff. 2). Heben und Tragen bis Lendenhöhe sowie über Brusthöhe sei nicht zumutbar, ebenso wenig das Hantieren mit Werkzeugen sowie Arbeiten über Kopf, Treppen/Leitern besteigen oder Tätigkeiten mit vermehrten Anforderungen an das Gleichgewichtsorgan. Auf unebenem Gelände sei das Gehen erheblich eingeschränkt, die Gehstrecke betrage weniger als 100 m am Stück auf ebener Strecke. Zumutbar sei eine leichte Bortätigkeit mit vermehrten Pausen in überwiegend sitzender Position mit der Möglichkeit aufzustehen (Urk. 8/62 S. 2 Ziff. 3). Wegen der erheblich eingeschränkten Rotationsfähigkeit der HWS sei die Fahrfähigkeit abzuklären (Urk. 8/62 S. 3 Ziff. 4).

3.6. In seinem Bericht vom 29. August 2003 (Urk. 8/60) nannte Dr. D. als zusätzliche Diagnose eine erosive Antrumgastritis / Bulboduodenitis (Urk. 8/60 Ziff. 1), die bei einer Oesophago-Gastro-Duodenoskopie am 13. August 2003 festgestellt worden war (vgl. Urk. 8/59). Der Zustand sei unverändert mit starken HWS-Schmerzen, occipitalen Kopfschmerzen, Konzentrations- und Sehstörungen, grosser Müdigkeit und Schmerzausstrahlungen in Arme und Beine (Urk. 8/60 Ziff. 1-2).

Am 12. Januar 2004 berichtete Dr. D. \_\_\_ über einen insgesamt erfolglosen Verlauf und nannte als zusätzliche Diagnose unklare Schmerzen / Parästhesien beider Arme und Beine, für welche bei einer konsiliarischen neurologischen Untersuchung vom 21. Oktober 2003 (vgl. Bericht vom 6. September 2004; Urk. 8/110) keine Ursache habe gefunden werden können (Urk. 8/75).

Am 5. Februar 2004 nannte Dr. E. \_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 8/85.2):

- cervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom linksbetont
- lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei/mit
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 28. September 2002
- Verdacht auf Instabilität C4/5
- Verdacht auf kognitive Störungen

Im Status falle eine starke Druckempfindlichkeit der ganzen unteren Extremität auf (Urk 8/85.2 unten). Der Beschwerdeführer scheine weiterhin in seinem Krankheitsbild gefangen, es bestehe eine ausgeprägte Anspannung, die bisherigen Massnahmen hätten keine auch nur geringgradige Veränderung bewirkt. Eine neuropsychologische Untersuchung zur Abklärung der Konzentrationsfähigkeit, der Flexibilität und der Erinnerungsfunktionen werde empfohlen (Urk. 8/85.3). Im Bericht vom 30. März 2004 über die neuropsychologische Abklärung der Fahrtauglichkeit (Urk. 8/96) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer weise teilweise erhebliche Defizite in verschiedenen psychischen Funktionen auf. Die gefundenen Symptome seien möglicherweise als HWS-Schleudertrauma zu werten. Wesentlicher seien allerdings die sich offenbar ständig steigenden Ängste, die sich von Ängsten mit klarem Verkehrsbezug zu allgemeinen Ängsten zu entwickeln schienen. Wahrscheinlich habe sich aus der Vermeidung des Autofahrens eine Angstgeneralisierung eingestellt. Der Beschwerdeführer sei im derzeitigen Zustand auf keinen Fall fähig, ein Kraftfahrzeug zu fahren. Es werde eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen (Urk. 8/96 S. 4 Ziff. 5).

Am 25. August 2004 untersuchte Dr. med. J. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, den Beschwerdeführer, worüber er am 31. August 2004 berichtete (Urk. 8/106). Dieser klagte über eine Beschwerdepalette, wie sie nach einem derartigen Unfallmechanismus bei nachfolgend protrahiertem Verlauf nicht selten gesehen werde (Urk 8/106 S. 2 f.). Die Symptome könnten wie folgt gruppiert werden (Urk. 8/106 S. 3 oben):

- chronisches, therapieresistentes Schmerzsyndrom, vor allem im Kopf- und Nackenbereich
- neuropsychologische Defizite
- psychische Beschwerden

Mit grosser Wahrscheinlichkeit interagierten diese Symptomgruppen und verstärkten sich in ihrer Intensität. Insgesamt imponiere eine erhebliche Leistungseinschränkung. Es bestehe aus psychischer Sicht ein depressives Syndrom, das mindestens als mittelschwere, depressive Episode (ICD-10: F32.1) zu charakterisieren sei. Eine ambulante Psychotherapie sei indiziert (Urk 8/106 S. 3).

Am 27. Dezember 2004 berichtete die behandelnde Psychotherapeutin, nachdem 13 Sitzungen stattgefunden hatten, der Beschwerdeführer leide unter einem starken chronischen Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma, ferner unter einer massiven existenziellen Verunsicherung. Psychisch sei er depressiv und destabilisiert. Er leide unter diversen Ängsten, die in engem Zusammenhang mit seinen grossen neuropsychologischen Defiziten ständen, und sei sehr verzweifelt. Die Therapiefortschritte seien nicht gross (Urk. 8/119).

Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ berichteten am 14. Juni, 12. Juli und 1. September 2004 sowie am 8. April und 20. Mai 2005 über einen meist unveränderten, teilweise auch verschlechterten Zustand (Urk. 8/102-103, Urk. 8/108, Urk. 8/126, Urk. 8/130).

Am 16. Juni 2005 erstattete Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, Fachärztin Neurologie und Psychiatrie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, aufgrund der Akten eine neurologische Beurteilung (Urk. 8/135).

Bereits im Dezember 2002 sei eine Attacke beim Autofahren dokumentiert (vgl. (Urk. 8/11 = Urk. 3/7 je S. 1 Mitte), bei der sich differentialdiagnostisch, vor allem in Kenntnis des Verkehrstauglichkeitsgutachtens vom 30. März 2003, der Verdacht auf eine Panikattacke stelle. Offenbar sei auch Dr. E.\_\_\_\_ bei ihren Therapieempfehlungen (vgl. Urk. 8/85) von einer Störung aus diesem Formenkreis ausgegangen. Dr. J.\_\_\_\_ sodann habe eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert (Urk. 8/135 S. 6 f.). Die psychische Symptomatik sei mit Latenz und zunehmender Schwere (Symptomausweitung) aufgetreten. Der Zusammenhang mit dem Unfall bleibe offen und zu klären (Urk. 8/135 S. 7 oben).

Aus neurologischer Sicht sei der Zusammenhang zwischen der doch eher leichten Beeinträchtigung durch den Unfall mit erwartungsgemässen Rückbildung der Symptome in den ersten Wochen nach dem Unfall und der geschilderten Entwicklung zunehmender körperlicher sowie neuropsychologischer und psychischer Symptome im weiteren Verlauf von Monaten nicht wahrscheinlich. Er widerspreche dem natürlichen physiologischen Verlauf bei HWS-Distorsionstraumata ohne strukturelle Verletzung. Eine solche habe durch Röntgen- und MRI-Untersuchungen der HWS ausgeschlossen werden können. Die von Dr. E.\_\_\_\_ beschriebene Retrolisthese von C4 auf C5 um 2 mm entspreche definitorisch physiologischen Grenzen, habe in Funktionsaufnahmen nicht bestätigt werden können und entspreche Befunden, wie sie bei beschwerdefreien Menschen ohne Trauma in 46 % auch gesehen würden (Urk. 8/135 S. 7).

Ein Zusammenhang zwischen den noch geschilderten Beschwerden und dem Unfall sei aus neurologischer Sicht nicht wahrscheinlich. Im Hinblick auf eine Differentialdiagnose (Morbus Parkinson; Urk. 8/135 S. 7 Mitte) sollte noch einmal eine neurologische Untersuchung erfolgen. Ob eine psychiatrische Krankheit vorliege, sollte durch eine entsprechende Begutachtung geklärt werden (Urk. 8/135 S. 8 oben).

Vom 17. Juni bis 10. Juli 2005 weilte der Beschwerdeführer in der Klinik L.\_\_\_\_, in deren Austrittsbericht vom 11. Juli 2005 folgende Diagnosen genannt wurden (Urk. 8/146 S. 1 Mitte):

- zervikozephalen und zervikospondylogenes Syndrom, lumbospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 29. September 2003 (richtig: 28. September 2002)

- depressive Störung

- erosive Antrumgastritis und Bulboduodenitis

Es habe geschienen, dass der Beschwerdeführer seine Fähigkeiten und Autonomien sehr wenig wahrnehmen und wenig schätzen können und seine Aufmerksamkeit eher auf den Defiziten und Beschwerden gelegen habe (Urk. 8/146 S. 1 unten). Auch sei eine Tendenz zu regressiven Verhaltensweisen festzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer habe viel von seinen Schmerzen gesprochen, der dokumentierte Analgetikaverbrauch sei jedoch gering gewesen. Im Gesamten habe sich an seinem Zustand während des Aufenthaltes kaum etwas verändert (Urk. 8/146 S. 2).

3.10 Auf entsprechende Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers führte Dr. E. am 14. Juli 2005 unter anderem aus, eine psychische Symptomatik habe sie schon bei der Erstuntersuchung (am 3. Februar 2003; Urk. 8/148/11 Ziff. 1) festgestellt, der Beschwerdeführer habe eine ausgeprägte Nervosität und Angespanntheit gezeigt und sei wegen seines Geschicktes besorgt gewesen (Urk. 8/148/12 oben). Von einer Panikattacke im Dezember 2002 sei ihr nichts bekannt (Urk. 8/148/12 Ziff. 3). Die Röntgen- und MRI-Aufnahmen zeigten eine Streckhaltung der HWS, welche oft schmerzbedingt nach dem Unfall eingenommen werde mit einer Retrolisthesis von C4 auf C5 um 2 mm sowie geringgradige degenerative Veränderungen C5/6 und noch weniger C4/5. Ausser der Streckhaltung seien keine sicheren posttraumatischen Veränderungen nachweisbar (Urk. 8/148/12-13 Ziff. 6). Eine neurologische Untersuchung im Januar 2005 habe keine Anhaltspunkte für einen Morbus Parkinson ergeben (Urk. 8/148/13 Ziff. 7). Sie kenne den Beschwerdeführer nun seit 2 ½ Jahren; er habe sich in seiner Persönlichkeit durch den Unfall stark verändert. Aus ihrer Sicht sei kein Zweifel vorhanden, dass die Persönlichkeitsveränderung als Folge des Unfalls und der daraus folgenden Schmerzproblematik aufgetreten sei (Urk. 8/148/13 Ziff. 8).

Am 1. September 2005 berichtete Dr. E. dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, insgesamt erscheine es ihr, dass der Aufenthalt des Beschwerdeführers in Rheinfeldern doch gewisse Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit dem Schmerz ermöglicht und eine Reduktion der Angst- und Panikproblematik bewirkt habe. Aus ihrer Sicht sei der stationäre Zustand noch nicht ganz erreicht, eine weitere Behandlung könne den Zustand des Beschwerdeführers noch verbessern (Urk. 8/155/19).

3.11 Am 25. Januar 2006 erstattete PD Dr. med. M., Neurologie FMH, Institut für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen (IIMB), im Auftrag des Beschwerdeführers ein Gutachten (Urk. 8/173.2-18 = Urk. 3/4), dies gestützt auf die ihm überlassenen Akten (S. 4-11) und seine eigene Untersuchung vom 26. November 2005 (S. 12-17) sowie ein psychiatrisches Teilgutachten vom 3. Februar 2006 (Urk. 8/173.19-32 = Urk. 3/5) und einen neuropsychologischen Bericht vom 26. November 2005 (Urk. 3/6).

Als Unfalldiagnose wurde ein Status nach mehreren Unfällen mit folgender Detaillierung genannt (S. 18 Ziff. 5.1):

- Heck-Auffahrunfall vom 6. November 1995 mit HWS-Beschleunigungsverletzung mit transientem zervikozephalen Syndrom
- Arbeitsunfall 1997 mit zweifacher Armfraktur links und Kopfaufschlag (Differentialdiagnose: Commotio cerebri, Contusio cerebri)
- Arbeitsunfall 2001 mit Commotio cerebri
- Heck-Auffahrunfall vom 28. September 2002 mit HWS-Beschleunigungsverletzung mit konsekutiv:
  - zervikozephalen Syndrom und (linksseitigem) zervikobrachialem Syndrom mit C8-Syndrom links
  - Aggravation durch Analgetika-Überkonsum
  - mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Defiziten
  - vegetativem Syndrom (Schwäche [Differentialdiagnose: analgetikabedingt], Schluckbeschwerden, Schlafstörung)
  - Analgetika-Überkonsum
  - Angst- und depressive Stimmung gemischt

Als unfallfremde Diagnosen wurden ferner rezidivierende Synkopen unklarer Ursache, unspezifische Symptome (Ohrenschmerzen, Augenprobleme, Arm-/Beinschmerzen links), leichtgradige degenerative Veränderungen (leichtgradige atlanto-dentale Arthrose, leichtgradige Osteochondrose C5/6), eine erosive Antrumgastritis und eine erosiv ulceröse Bulboduodenitis sowie eine Appendektomie und Tonsillektomie vor Jahren genannt (S. 18 unten).

Objektivierbar seien das zervikozephal Syndrom und die neuropsychologischen Defizite; die anderen angegebenen Beschwerden hätten nicht objektiviert werden können (S. 19 Ziff. 2, S. 20 Ziff. 4b).

Obwohl der Beschwerdeführer schon vor dem 28. September 2002 mehrere Unfälle erlitten habe, seien die gestellten Diagnosen mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal bezüglich des Unfalls vom 28. September 2002 zu sehen, dies mit Ausnahme der neuropsychologischen Defizite, bei denen eine Verursachung auch durch die Unfälle von 1997 und 2001 (nur, aber immerhin) möglich sei (S. 19 f. Ziff. 4a).

Die physischen Beschwerden traten gegenüber den psychischen Beschwerden in den Hintergrund, da die dem Beschwerdeführer attestierte Arbeitsunfähigkeit vorwiegend durch die neuropsychologischen Defizite und die psychiatrischen Diagnosen bedingt sei (S. 22 oben Ziff. 8).

Eine weitere medizinische Behandlung sei notwendig, um eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erreichen (S. 22 Ziff. 9a) und um eine Verschlechterung des heutigen Gesundheitszustands zu vermeiden (S. 22 Ziff. 9b), und zwar eine medikamentös-physiotherapeutische und, im Hinblick auf eine bessere Schmerzbewältigung, eine psychiatrische Evaluation (S. 22 f. Ziff. 9c). Zusammenfassend könne eine weitere Therapie möglicherweise zu einer Besserung führen. Trotzdem sollte der Fall versicherungstechnisch abgeschlossen werden, da eine

Besserung des Beschwerdebildes eher marginal sein dürfte (S. 23 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der im Vordergrund stehenden psychiatrischen und neuropsychologischen Diagnosen sei die Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als selbständiger Gipser und Geschäftsführer eines Gipserunternehmers mit 100 % zu bemessen (S. 23 Ziff. 10). Für andere allenfalls zumutbare Arbeiten sei der Beschwerdeführer derzeit sicherlich auch zu 100 % arbeitsunfähig (S. 23 Ziff. 11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der entsprechenden Tabelle 7 betrage die Integritätsbeeinträchtigung durch das cervikocephale und cervikobrachiale Syndrom 20 % (S. 24 Ziff. 12). Aus neuropsychologischer Sicht betrage sie in Abweichung (nach unten) von Tabelle 8 50 % (S. 24 Ziff. 13).

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss dem auf 25. April 2003 datierten Anstellungsvertrag (Urk. 8/44) wurde der Beschwerdeführer auf den Zeitpunkt, zu welchem er seine Anteile an der Gesellschaft auf den neuen Eigentümer übertrug, als Geschäftsführer eingestellt (Urk. 8/44 S. 1 Ziff. 2 letzter Absatz).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss seinen eigenen Angaben vom 2. September 2005 war der Beschwerdeführer gezwungen gewesen, seine GmbH, deren Wert er auf über 1 Million Franken taxierte, für nur Fr. 200'000.-- zu verkaufen (Urk. 3/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 18. Juli 2004 wurde das Arbeitsverhältnis Ä gemäss Arbeitsvertrag vom 17. März 2004 Ä auf den 31. Juli 2004 gekündigt (Urk. 8/117.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der persönlichen Befragung führte der Beschwerdeführer aus, die psychischen Beschwerden seien etwa ein halbes Jahr nach dem Verkauf seines Geschäftes aufgetreten (Prot. S. 4). Ä

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Hinsichtlich der gestellten Diagnosen stimmen die vorhandenen ärztlichen Berichte innerhalb einer gewissen terminologischen Bandbreite weitgehend überein. So ist unstrittig, dass sich der Beschwerdeführer Ende September 2002 eine HWS-Distorsion zugezogen hat. Im weiteren Verlauf wurde sodann primär über ein chronisches Schmerzsyndrom vor allem im Kopf- und Nackenbereich, teilweise auch im Bereich der lumbalen Wirbelsäule, ein im August 2003 festgestelltes Magenleiden, neuropsychologische Defizite und psychische Beschwerden berichtet. Letztere bemerkte die behandelnde Rheumatologin bereits im Februar 2003 (vorstehend Erw. 3.10); im August 2004 wurde aus fachpsychiatrischer Sicht eine mindestens mittelschwere depressive Episode diagnostiziert (vorstehend Erw. 3.7) und im Juli 2005 wurden sie als depressive Störung bezeichnet (vorstehend Erw. 3.9). Damit übereinstimmend gab der Beschwerdeführer an, die psychischen Beschwerden seien nach dem Verkauf seines Betriebes, der gezwungenermassen weit unter dessen eigentlichem Wert erfolgt sei, aufgetreten (vorstehend Erw. 4). Ebenso erwähnte die behandelnde Psychotherapeutin eine massive existenzielle Verunsicherung (vorstehend Erw. 3.7).

5.2 Ä Ä Ä Sodann steht fest, dass der Unfall gemäss den bildgebenden Abklärungen (Röntgen am Unfalltag, MRI im Januar 2003) zu keinen Frakturen oder Luxationen geführt hat (vorstehend Erw. 3.2). Auch der vom Beschwerdeführer beauftragte Gutachter nannte als einzige objektivierbare Beschwerden ein zervikozephalales Syndrom -



ohne sich zu dessen genaueren Einordnung weiter zu Äussern (Urk. 1 S. 15 Ziff. III.6).

Der Beschwerdeführer befand sich als Lenker im mittleren von drei stillstehenden Fahrzeugen, auf die ein viertes Fahrzeug auffuhr (vgl. Urk. 8/2 Ziff. 7, Urk. 8/4 S. 5 ff.).

Gemäss gefestigter Praxis werden Auffahrkollisionen auf - etwa vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal - stehende Fahrzeuge als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft, eventuell - bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung und weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden - wird sogar ein leichter Unfall angenommen (RKUV 2003 U 489 375 Erw. 4.2, S. 360, mit Hinweisen).

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einordnung erweist sich somit als zutreffend. Für die Bejahung der Adäquanz ist demnach gefordert, dass ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen) in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 117 V 367 f. Erw. 6b mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts i.S. M. vom 19. Februar 2008, U 394/06, Erw. 10.2).

Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind weder ersichtlich noch geltend gemacht worden (vgl. Urk. 1 S. 16). Dieses Kriterium ist nicht erfüllt.

Gleiches gilt für das Kriterium einer allfälligen ärztlichen Fehlbehandlung.

Der Beschwerdeführer machte sodann geltend, es seien beim Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung frühere Unfälle zu berücksichtigen, womit dieses erfüllt sei (Urk. 1 S. 15 f. Ziff. 6).

Zu den von ihm angeführten Entscheiden ist vorab zu bemerken, dass es kein Urteil U 241/03 vom 7. Februar 2003 gibt. Die beiden im Internet publizierten unfallversicherungsrechtlichen Entscheide diesen Datums (U 178/02 und U 206/02) sowie der am 2. Juni 2004 ergangene Entscheid U 241/03 weisen keinen Bezug zur vorliegenden Fragestellung auf. Soweit das Eidgenössische Versicherungsgericht in späteren Urteilen auf das nicht publizierte, vom Beschwerdeführer eingereichte Urteil vom 7. Februar 2003, U 241/02 (Urk. 3/17/3) Bezug genommen hat, hat es zudem darauf hingewiesen, dass gerade im genannten Fall die Adäquanz der Unfallfolgen nach zwei erlittenen HWS-Traumata gesondert zu prüfen gewesen war, sowie, dass dies den Regelfall darstellt (Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, i.S. P vom 30. September 2004, U 126/04, Erw. 4.1; i.S. J. vom 16. Februar 2005, U 90/04, Erw. 4; i.S. H. vom 14. Juni 2005, U 105/05, Erw. 2.2; i.S. G. vom 16. Dezember 2005, U 297/04, Erw. 4.1.2; i.S. S. vom 26. April 2006, U 39/04 = SVR 2007 UV Nr. 1, Erw. 3.3.2; i.S. N. vom 5. Oktober 2006, U 422/04, Erw. 8.3).

Die höchstgerichtliche Praxis geht denn auch dahin, dass, wenn die versicherte Person mehr als einen Unfall mit sogenanntem Schleudertrauma der HWS oder gleichgestellter Verletzung erlitten hat, die Adäquanz prinzipiell für jeden Unfall gesondert zu beurteilen ist. Dabei ist es nicht generell ausgeschlossen, die wiederholte Betroffenheit desselben Körperteils bei der Adäquanzprüfung zu berücksichtigen. Dies ist insbesondere dann denkbar, wenn die Auswirkungen der verschiedenen Ereignisse auf gewisse Beschwerden und/oder auf Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht von einander abgegrenzt werden können. Der hinreichend nachgewiesenen, durch einen früheren versicherten Unfall verursachten dauerhaften Vorschädigung der HWS kann diesfalls im Rahmen der Beurteilung der einzelnen Kriterien - beispielsweise der besonderen Art der Verletzung, des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder der Dauer der ärztlichen Behandlung - Rechnung getragen werden (SVR 2007 UV Nr. 1, Erw. 3.3.2, mit zahlreichen Hinweisen).

Im soeben erwähnten Fall bezog der Versicherte für die Folgen einer früher erlittenen spezifischen HWS-Verletzung eine Rente von 25 %, weshalb eine hinreichend nachgewiesene, durch einen früheren versicherten Unfall verursachte dauerhafte Vorschädigung der HWS angenommen und beim Kriterium der besonderen Art der Verletzung berücksichtigt wurde. Gleiches gilt für einen weiteren Entscheid, bei welchem dieses Kriterium mit der Begründung als erfüllt erachtet wurde, die erhebliche Vorschädigung der HWS durch einen früheren Unfall sei ausgewiesen, da in dessen Folge eine Rente von 33.33 % beziehungsweise 20 % zugesprochen worden sei (Entscheid des Bundesgerichts i.S. W. vom 4. Oktober 2007, 8C.194/2007, Erw. 4.2.2).

Der Beschwerdeführer machte geltend, er habe im November 1995 bei einem Heckauffahrunfall eine HWS-Beschleunigungsverletzung erlitten. Diese hat allerdings sogar gemäss den Angaben des von ihm bestellten Gutachters lediglich zu einem transienten - also vorübergehenden - zervikocephalen Syndrom geführt (vorstehend Erw. 3.11). Im November 2001 wurde sodann ein unspezifisches cervicocephales Schmerzsyndrom diagnostiziert, das gemäss den Angaben des Beschwerdeführers zirka im Juni 2001 ohne auslösendes Ereignis aufgetreten war; die vom IIMB-Gutachter anamnestisch angeführten Unfälle von 1997 (Armfraktur und Kopfaufschlag) und 2001 (Commotio cerebri) wurden im entsprechenden Bericht nicht erwähnt (vorstehend Erw. 3.1). Schliesslich hat der Beschwerdeführer selber mit Nachdruck darauf bestanden und mit mannigfachen Belegen (Urk. 3/11-15) unterstrichen, dass er vor dem hier zu beurteilenden Unfall in seiner Leistungsfähigkeit in keiner Art und Weise eingeschränkt gewesen sei (Urk. 1 S. 9-12 Ziff. III.3).

Somit kann nicht gesagt werden, der hier zu beurteilende Unfall sei deshalb von einer besonderen Art, weil eine hinreichend nachgewiesene, durch einen früheren versicherten Unfall verursachte dauerhafte Vorschädigung der HWS bestanden habe. Es fehlt sowohl an der Dauerhaftigkeit als auch am entsprechenden Nachweis einer Beeinträchtigung, zumal aus den erwähnten Vorunfällen keinerlei Dauerleistungen resultiert haben.

Dieses Kriterium ist mithin zu verneinen.

6.6 Zum Kriterium einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist einerseits festzuhalten, dass eine Behandlungsdauer von 2 bis 3 Jahren nach erlittener HWS-Distorsion als durchaus üblich erachtet wird (vorstehend Erw. 1.3).

Andererseits sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Behandlung mit einer "erheblichen, durch die übrigen Kriterien nicht abgedeckten Belastung" verbunden gewesen wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

6.7 Ä Ä Ä Ä Ob das Kriterium erheblicher Beschwerden erfüllt sei, wurde von der Beschwerdegegnerin offen gelassen (Urk. 2 S. 9 Ziff. 6). Dass der Beschwerdeführer anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen beklagt, spricht für die Bejahung des Kriteriums. Dagegen spricht andererseits die Feststellung eines nur geringen dokumentierten Analgetikaverbrauchs (vorstehend Erw. 3.9), denn dies lässt annehmen, dass die Klage darüber beredter sein könnte als die effektiv erlittenen Beschwerden, und dass die Beschwerden zumindest nicht andauernd im Sinne von ununterbrochen bestehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Folgt man der neuen Begriffsbeschreibung (Urteil des Bundesgerichts i.S. M. vom 19. Februar 2008, U 394/06, Erw. 10.2.4), so dürfte daraus zu schliessen sein, dass dieses Kriterium erfüllt ist.

6.8 Ä Ä Ä Ä Für die Bejahung des Kriteriums eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Entscheid des Bundesgerichts i.S. A. vom 24. August 2007 Erw. 4.3.2, U 297/06, mit zahlreichen Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer machte dazu lediglich geltend, die anhaltenden, teilweise psychischen Beschwerden seien als weitgehend therapierefraktär zurückgeblieben (Urk. 1 S. 16). Dafür, dass Komplikationen aufgetreten wären oder sonstige besondere, die Heilung beeinträchtigende Gründe beständen, gibt es keine Anhaltspunkte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses Kriterium ist somit nicht erfüllt.

6.9 Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit ergibt sich, dass der Beschwerdeführer nach einer initialen einmonatigen vollen Arbeitsunfähigkeit im Oktober 2005 während jedenfalls 5 Monaten zu 50 % arbeitsfähig war. Anschliessend wurde ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % und rund 3 Jahre später eine solche von 100 % attestiert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das gemäss bisheriger Praxis massgebende Kriterium der erheblichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit von ebenfalls erheblichem Umfang dürfte damit erfüllt sein. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass die zunehmend dominierende psychische Komponente dieser Arbeitsunfähigkeit nicht nur auf die durch den Unfall bewirkten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückzuführen sein dürfte, sondern offensichtlich auch auf den Umstand, dass es in der Folge zum quasi erzwungenen und verlustreichen Verkauf des eigenen Betriebes gekommen ist, was den Beschwerdeführer verständlicherweise hart getroffen haben dürfte, aber eine Konsequenz aus dem Unfall darstellt, welche nicht von der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin erfasst wird. Ob das Kriterium auch in der neu gefassten Umschreibung ("erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen"; Urteil des Bundesgerichts i.S. M. vom 19. Februar 2008, U 394/06, Erw. 10.2.7) erfüllt sei, lässt sich mangels entsprechender Nachfrage nicht abschliessend beurteilen, dürfte



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