

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00017 vom 26. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00017

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00017 du 26 janvier 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00017 del 26 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität,

Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Entsprechendes gilt, wenn ein Schädel-Hirntrauma diagnostiziert ist und die im Zusammenhang mit dieser Verletzung auftretenden Symptome mit den Folgen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichbar sind. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b, BGE 117 V 382 Erw. 4b)).

1.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.5 Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

1.6 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom 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).

1.7 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 Eindringlichkeit 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 z.B. 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 Arbeitsunfähigkeit 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).

1.8 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). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige 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 hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit

Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den 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 (BGE 134 V 109 ff.; 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).

1.9. 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 Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

E. 2

2.1. Die SUVA verneinte eine über den 31. Oktober 2005 hinaus bestehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. Mai 2002 im Wesentlichen mit der Begründung, es fehle an einem - angesichts der im Vordergrund stehenden psychischen Symptomatik nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu beurteilenden - adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem bagatellären Unfall und den persistierenden Beschwerden, denen keine strukturelle Schädigung zugrunde liege. Ob und gegebenenfalls inwieweit die Auffahrkollision vom 4. Mai 2002 überhaupt natürlich kausal für die weiterhin geklagte Symptomatik sei, könne demnach offen bleiben (vgl. Urk. 2 S. 4 ff.).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, es beständen nach wie vor behandlungsbedürftige und die Arbeitsfähigkeit einschränkende Unfallfolgen organischer Genese (vgl. Urk. 1 S. 15 ff.). Zwar leide er tatsächlich - auch - unter psychischen Beschwerden, diese seien aber lediglich Teil des für die zugezogene HWS-Distorsion typischen Beschwerdebildes und ständen gegenüber den weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht im Vordergrund (vgl. Urk. 1 S. 17). Der Endzustand sei noch nicht erreicht (vgl. Urk. 1 S. 18); selbst wenn man aber von der Rechtmässigkeit des Fallabschlusses ausginge, sei die Leistungseinstellung zu Unrecht erfolgt. Angesichts des gehäuften Vorliegens der nach der - richtigerweise zur Anwendung gelangenden - Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 erforderlichen Kriterien bestehe nämlich durchaus ein adäquat kausaler Zusammenhang zwischen der als mittelschwer zu qualifizierenden Auffahrkollision und den persistierenden und weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit zeitigenden gesundheitlichen Störungen (vgl. Urk. 1 S. 17 f.). Auf das Gutachten der MEDAS vom 18. Juli 2006 (Urk. 12/196) könne insofern nicht abgestellt werden, als dieses in Unkenntnis der damals aktuellen medizinischen Berichte ergangen sei (vgl. Urk. 1 S. 15).

E. 3

3.1. Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Dr. med. Y. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte, nachdem er vom Beschwerdeführer erstmals zwei Tage

nach der Kollision vom 4. Mai 2002 konsultiert worden war, am 30. Mai 2002 ein HWS-Distorsionstrauma. Im Bereich von C3/4 bestehe beidseits eine Irritationszone. Der Patient leide unter paravertebalem Muskelhartspann zervikal; die HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen aufgehoben. Die radiologische Untersuchung habe keine ossären Läsionen ergeben; auch neurologische Ausfälle beständen nicht. Es sei eine analgetische und physikalische Therapie veranlasst worden. Seit dem Unfalltag und bis auf Weiteres sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig (vgl. Urk. 12/2).

Am 8. Juli 2002 gab Dr. Y.____ an, weil der Patient weiterhin unter starken Zervikalgien, Zephalea sowie Schwindel leide, habe er die Arbeit noch nicht wieder aufnehmen können. Die medikamentösen und physiotherapeutischen Massnahmen dauerten an; die Konsultationen fiänden in ein- bis zweiwöchigen Abständen statt. Es sei ein bleibender Nachteil in Form rezidivierender Zervikalgien und von Zephalea zu erwarten (vgl. Urk. 12/17).

3.2 Nachdem er den Beschwerdeführer am 16. August 2002 kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie, in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 12/21) fest, der Beschwerdeführer habe - glaubhaft (vgl. Urk. 12/21 S. 2) - angegeben, sofort nach dem Unfall "verschlagene" Ohren gehabt zu haben. Wenige Stunden später seien Nacken- und Rückenschmerzen aufgetreten, die seither persistierten und sich eher noch verschlimmert hätten. Bewegungsabhängig komme es zu stechenden, rhythmisch schlagenden Schmerzen im Hinterkopf, im Nackenansatz, im Nacken sowie im linksseitigen Rücken- und Lumbalbereich (vgl. Urk. 12/21 S. 1). Der Patient weise lumbovertebral einen völlig steifen Gang auf; objektiv lasse sich - mit Ausnahme eines paravertebralen Hartspanns und einer gewissen Klopfdolenz der Wirbelsäule - kaum ein klinischer Befund erheben (vgl. Urk. 12/21 S. 2). Die anfänglich adäquate Therapie sei - aus unerklärlichen Gründen - vor einem Monat eingestellt worden. Nebst der anstehenden rheumatologischen sei auch eine neurologische Untersuchung indiziert. Der Patient habe sich motiviert gezeigt, bald wieder gesund zu werden und arbeiten zu gehen (vgl. Urk. 12/21 S. 3).

3.3 Nach mehrmaliger ambulanter Behandlung des Beschwerdeführers zwischen dem 19. August und dem 16. September 2002 stellten die Ärzte des Universitätsospitals V.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, am letztgenannten Datum nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 12/26 S. 1):

- Zervikospondylogenes und zervikozephalisches Syndrom
- Status nach Auffahrunfall am 4. April 2002 [richtig: 4. Mai 2002]; seither 100%ige Arbeitsunfähigkeit
- Status nach HWS-Akzelerations-/Dezelerationstrauma II (Quebec-Task-Force)
- radiologisch degenerative Zeichen C5-C7
- vegetative Begleitsymptome
- Lumbospondylogenes und myofasiales Syndrom
- Fehlhaltung/Fehlform (Flachrücken, Kopfprotraktion, Skoliose)
- Insertionstendinopathie Ramus pubis links

Die Beweglichkeit der HWS sei - anders als diejenige der Brust- und Lendenwirbelsäule - eingeschränkt, wobei es - bei multiplen Myotendinosen - zu einem weichen Stopp der Rotationsbewegungen komme. Bereits initial seien lumbovertbrale Symptome aufgetreten. Lumbal beständen Klopfdolzen über der mittleren LWS; die radiologische Untersuchung habe eine Spondylarthrose L5/S1 und einen höher gestellten Femurkopf rechts ergeben, was möglicherweise Grund für eine Verstärkung der lumbalen Beschwerden und der pelvinen Insertionstendinopathien sei. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik beständen keine. Zwei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv (vgl. Urk. 12/26 S. 2).

Im Zusammenhang mit den spondylogenen, vertebralen und myofaszialen Beschwerden sei eine primär detonisierende und sekundär muskelstärkende Physiotherapie initiiert worden, die im Verlauf eine gewisse Besserung gebracht habe, wobei es intermittierend zu einer Verschlechterungen in Form einer Insertionstendinopathie der Adduktorenmuskulatur des linken Beins gekommen sei. Anamnestisch persistierten ein Tinnitus und optische Sensationen. Es sei eine medikamentöse Behandlung verordnet und - angesichts der Chronifizierungstendenzen, der Beeinträchtigung des familiär-sozialen Gefüges und der lange dauernden Arbeitsunfähigkeit - die Aufnahme des Patienten in einem ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramm veranlasst worden (vgl. Urk. 12/26 S. 2).

Die Ärzte des Universitätsospitals V., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, gelangten nach Durchführung des Assessments für das Ambulante Interdisziplinäre Schmerz-Programm (AISP) in ihrem Bericht vom 16. Oktober 2002 (Urk. 12/32) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer die Aufnahmekriterien nicht erfülle. Es habe sich gezeigt, dass dessen grösstes Problem die bestehende Arbeitsunfähigkeit respektive die Erhaltung der Arbeitsstelle sei. Insofern erscheine eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) als sinnvoll. Sobald die entsprechenden Ergebnisse vorlägen, könne dann entschieden werden, ob eine arbeitsreintegrative Massnahme indiziert sei, um den Patienten bei der Rückkehr in die Arbeitswelt zu unterstützen.

Nachdem sie den Beschwerdeführer anlässlich der Sprechstunde für allgemeine Neurologie vom 28. Oktober 2002 untersucht hatten, stellten die Ärzte des Universitätsospitals V., Neurologische Klinik und Poliklinik, in ihrem gleichentags verfassten Bericht folgende Diagnosen (vgl. Urk. 12/30 S. 1):

- Status nach Verkehrsunfall mit Heckkollision am 4. Mai 2002 mit/bei
- HWS-Distorsion

- konsekutiv: Zervikozephal und lumbovertbrales Syndrom Eher unsystematisierter Schwindel, Tinnitus beidseits Verdacht auf Anpassungsstörung

Der Patient leide unter multiplen Beschwerden bei Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion. Residuell bestehe noch ein - zervikozephal betontes - Panvertebralsyndrom bei leichter Fehlhaltung, myofaszialen Befunden sowie leicht eingeschränkter HWS-Beweglichkeit. Hinweise für eine zervikale Myelopathie oder eine Radikulopathie hätten sich keine ergeben. Die festgestellte Anpassungsstörung mit reaktiv-depressiver Entwicklung sei bedeutsam für das Ausmass der klagten

Der funktionelle Zugang zum Patienten sei weder in der Physio- noch in der Ergotherapie möglich gewesen. In Vordergrund habe die - die den Beschwerdeführer gänzlich vereinnahmende - Schmerzsymptomatik gestanden. Einzig passive Massnahmen hätten kurzzeitige zu einer gewissen Symptomreduktion geführt. Im Rahmen der funktionellen ergotherapeutisch-neurologischen Behandlungseinheit habe der Patient das Training - wegen bereits bei geringer Arbeitsbelastung zunehmender Schmerzen - jeweils schon nach kurzer Zeit abgebrochen. Selbst das Ziel, ein Training während 30 Minuten durchzuhalten, habe er nicht erreicht. Aufgrund der Leistungsverweigerung und geringen Kooperation seitens des Beschwerdeführers habe der Basistest nicht durchgeführt werden können. Das psychosomatische Konsilium vom 4. Februar 2003 habe eine leichtere psychotraumatologische Stellungnahme ergeben, deren Behandlung als sinnvoll erscheine (vgl. Urk. 12/52 S. 2).

Insgesamt finde sich neun Monate nach dem Unfall mit HWS-Distorsionstrauma bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS (C5-7) noch ein schweres zervikospodylogenes und -zepales Schmerzsyndrom, das durch die psychotraumatologische Stellungnahme noch aggraviert werde. In Anbetracht der starken Leistungsverweigerungshaltung und der Schwierigkeiten, eine Schmerzbehandlung mittels aktiver physio- und ergotherapeutischer Massnahmen durchzuführen, bestehe seitens des Patienten keinerlei Bereitschaft, seine Arbeitsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Ursache der 100%igen Arbeitsunfähigkeit seien rein psychiatrische Gründe (vgl. Urk. 12/52 S. 2).

Nebst der weiteren hausärztlichen Behandlung sei die Aufnahme einer Psychotherapie angezeigt und bereits in die Wege geleitet worden; ambulante physiotherapeutische Massnahmen erschienen derzeit nicht indiziert (vgl. Urk. 12/52 S. 1).

In ihrem im Auftrag der IV-Stelle verfassten Bericht vom 14. Februar 2003 (Urk. 8/9 im Prozess Nr. IV.2007.00575) stellten die Ärzte der Rehaklinik E. nachstehende, die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen (vgl. Urk. 8/9 S. 1 im Prozess Nr. IV.2007.00575):

- Zervikospodylogenes und zervikozepales Syndrom
- Lumbospodylogenes und myofasiales Syndrom mit/bei
- Fehlhaltung und Fehlform
- Status nach Akzelerations- und Dezelerationstrauma der HWS nach Unfall vom 4. Mai 2002

Die zudem bestehenden degenerativen Veränderungen C5-C7 wirkten sich nicht auf die Leistungsfähigkeit aus. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter bestehe auch nach dem Klinikaufenthalt vom 8. Januar bis 5. Februar 2003 noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese lasse sich unter psychotherapeutischer Behandlung steigern; auf physio- und ergotherapeutischer Ebene sei ein struktureller Zugang zur Problematik des Patienten nicht möglich, insofern erbrügten sich entsprechende Massnahmen. Zunächst müsse eine Verbesserung des psychophysischen Gesundheitszustands erreicht werden; erst dann werde sich zeigen, ob eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit möglich sei beziehungsweise ob berufliche Massnahmen in Betracht fielen (vgl. Urk. 8/9 S. 1 im Prozess Nr. IV.2007.00575). Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht erforderlich (vgl.

Urk. 8/9 S. 2 im Prozess Nr. IV.2007.00575). Betreffend sämtliche psychischen Funktionen (Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit sowie Belastbarkeit) bestehe - aufgrund der psychotraumatologischen Störung (ICD-10 F43.2) - eine Einschränkung psychosomatischer Natur (vgl. Urk. 8/9 S. 6 im Prozess Nr. IV.2007.00575), aus der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultiere (vgl. Urk. 8/9 S. 4 im Prozess Nr. IV.2007.00575). Hinsichtlich der physischen Funktionen könne die Arbeitsbelastbarkeit nicht beurteilt werden, hätten entsprechende Tests doch wegen der Leistungsverweigerung des Patienten abgebrochen werden müssen (vgl. Urk. 8/9 S. 5 im Prozess Nr. IV.2007.00575).

3.11 Dr. Y.____ stellte in seinem Bericht vom 13. Februar 2003 (Urk. 8/7 S. 1-4 im Prozess Nr. IV.2007.00575) zuhanden der IV-Stelle folgende, seit Mai 2002 bestehenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/7 S. 1 im Prozess Nr. IV.2007.00575):

- Chronisches zerviko- und lumbospondylogenes Syndrom bei/mit
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 4. Mai 2002
- Tinnitus

In der angestammten Tätigkeit als Hilfsschweisser [richtig: Spleisser] bestehe seit dem 4. Mai 2002 und bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer - im Halbtagspensum - seit Februar 2003 wieder zumutbar (vgl. Urk. 8/7 S. 1 und S. 4 im Prozess Nr. IV.2007.00575). Sämtliche psychischen Funktionen (Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) seien beeinträchtigt (vgl. Urk. 8/7 S. 4 im Prozess Nr. IV.2007.00575). In physischer Hinsicht beständen - in unterschiedlichem Ausmass - Einschränkungen betreffend das Heben und Tragen von Lasten, das Hantieren mit Werkzeugen, die Haltung und Beweglichkeit, die Fortbewegung, das Gleichgewicht und die Balance sowie Tätigkeiten in Nässe, Kälte und Hitze. Zudem bestehe eine Hörbehinderung in Form eines Tinnitus; das Sehvermögen sei dagegen intakt. Auch die Beidhändigkeit sei nicht eingeschränkt (vgl. Urk. 8/7 S. 3 im Prozess Nr. IV.2007.00575). Der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtere sich zunehmend; eine Begutachtung sei indiziert (vgl. Urk. 8/7 S. 2 im Prozess Nr. IV.2007.00575).

3.12 In seinem am 4. April 2003 verfassten Zwischenbericht (Urk. 12/62) gab Dr. Y.____ an, der Patient leide weiterhin unter Zervikalgien, Zephalea und neuropsychologischen Defiziten. Es habe sich keine Besserung eingestellt; weiterhin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zur Zeit erfolge eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung. Es sei mit einem bleibenden Nachteil in Form von Zervikalgien zu rechnen.

Am 13. Juni 2003 berichtete Dr. Y.____ über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden beziehungsweise eine weitgehende Therapieresistenz (vgl. Urk. 12/76).

3.13 Nach neunzehn Therapiesitzungen stellte Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 8. Juli 2003 folgende - bei Status nach Distorsionstrauma der HWS am 4. Mai 2002 bestehende - Diagnosen (vgl. Urk. 12/83 S. 1):

- Chronisches Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich sowie im tiefen Rücken

- Anpassungsstörung mit depressiven Angstelementen

Im Verlauf der Behandlung habe sich die depressive Dimension etwas aufgehellt, und die Ängstlichkeit habe leicht abgenommen. Die Intensität des Schmerzsyndroms habe sich dagegen bis anhin nicht beeinflussen lassen (vgl. Urk. 12/83 S. 2).

Ziel sei es, eine Defokussierung bezüglich des Schmerzsyndroms zu erreichen und ein adäquates Coping mit Aktivierung des Patienten zu erarbeiten. Aufgrund der erst kurzen Therapiedauer seien noch nicht in allen erwähnten Bereichen namhafte Fortschritte zu verzeichnen. Die Fortsetzung der Behandlung sei indiziert, da einerseits aus psychiatrischer Sicht eine weitere Besserung möglich sei und es andererseits auch gelte, mittels Eindämmung der psychopathologischen Phänomene den Eintritt einer wesentlichen Verschlechterung zu vermeiden (vgl. Urk. 12/83 S. 2).

3.14 Dr. Y. gab am 9. September 2003 an, bei unveränderter Diagnose leide der Patient weiterhin unter Zephalea, Zervikalgien und Schwindel. Die medikamentöse und physikalische Therapie dauere an; in zwei- bis dreiwöchigen Abständen Konsultationen statt. Es sei mit einer Persistenz der Beschwerden zu rechnen (vgl. Urk. 12/88).

3.15 Lic. phil. I B., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, hielt am 21. November 2003 fest, der Patient leide weiterhin unter starken chronischen Schmerzen, die ihn rasch ermüden und körperliche Belastungen nicht mehr ertragen liessen, wobei es mittlerweile auch zu einem sozialen Rückzug gekommen sei. Die psychische Symptomatik werde dominiert von einer resignativen Entmutigung, grosser Angst und Sorge in Bezug auf den Gesundheitszustand einerseits seiner Ehefrau, die seit dem Unfall ebenfalls unter einem starken Schmerzsyndrom leide, und andererseits seines jüngsten Sohns, bei dem seit der Auffahrkollision Ein- und Durchschlafstörungen, nächtliches Weinen und ein Aufmerksamkeitsdefizit persistierten. Auch der Verlust der Arbeitsstelle, finanzielle Schwierigkeiten und die unangünstige Wohnsituation (sehr laute Wohnung bei Lärmempfindlichkeit) stellten eine Belastung dar. Im Alltag erfahre der Beschwerdeführer, der wiederholt seine massiven körperlichen Beschwerden geschildert habe, kaum Ablenkung (vgl. Urk. 12/91 S. 1).

Im Verlaufe der Therapie habe sich die verzweifelte, hoffnungslose und hilflos-depressive Symptomatik etwas aufgehellt. Noch immer beständen aber infolge der permanenten Schmerzen sowie der stark eingeschränkten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit grosse Zukunftsängste. Die stark stützenden und strukturierenden Gespräche sowie das Besprechen der belastenden familiären Situation brächten eine gewisse Entspannung. Durch Entspannungsübungen könne auch eine kurzfristige Ablenkung von den Schmerzen erreicht und das Erkennen schmerzverstärkender Faktoren gefördert werden; allerdings fühle sich der Patient diesbezüglich schnell überfordert. Auch beim Erlernen der Entspannungsübungen habe sich die verminderte Belastbarkeit und die eingeschränkte mentale Flexibilität des Beschwerdeführers gezeigt. Letztere führe zu einer schnellen Destabilisierung und Überforderung; dies und die geringe Schulbildung verunmöglichten es dem Patienten, selbstständig nach alternativen Strategien im Umgang mit seinen Schmerzen und seiner neuen Lebenssituation zu suchen (vgl. Urk. 12/91 S. 1 f.).

Dass die geschilderten Therapiefortschritte sich in Grenzen hielten, sei vor dem Hintergrund der komplexen medizinisch-psychiatrischen Situation und der noch kurzen Therapiedauer nicht verwunderlich. In der weiteren Behandlung werde es angesichts der limitierenden Unfallfolgen vordergründig darum gehen, ein adäquates Coping mit einer weiteren Aktivierung zu erarbeiten. Ob damit auch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, sei fraglich. Eine Sistierung der psychotherapeutischen Massnahmen zum aktuellen Zeitpunkt erwiese sich insofern als fatal, als damit das bisher Erreichte in Frage gestellt und eine Verschlechterung drohen würde. Eine zusätzliche schmerztherapeutische Behandlung durch einen Osteopathen oder einen Craniosacraltherapeuten erscheine - zumindest versuchsweise - als sinnvoll (vgl. Urk. 12/91 S. 2).

3.16 Am 11. August 2004 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der SUVA von den Ärzten des Universitätsospitals V., Neurologische Klinik und Poliklinik, untersucht. Im gleichentags verfassten Gutachten (Urk. 12/131) hielten diese fest, die objektivierbaren Befunde seien aus neurologischer Sicht als zervikospondylogenes und -zephales Syndrom bei Status nach Akzelerations- und Dezelerationstrauma der HWS zu interpretieren; auch die diffusen Schwindelbeschwerden könnten - zumindest teilweise - in diesem Rahmen gedeutet werden. Die anamnestic zudem bestehenden psychischen respektive psychiatrischen Symptome seien am ehesten unter die Diagnose einer Anpassungsstörung zu subsumieren. Da sie beim Exploranden allerdings sehr ausgeprägt vorhanden und offenbar Hauptursache von dessen Arbeitsunfähigkeit seien, erscheine diesbezüglich eine psychiatrische Begutachtung sinnvoll. Aus neurologischer Sicht bestehe eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit und eine Integritätsinbusse in der Höhe von 5 % (vgl. Urk. 12/131 S. 5).

3.17 Am 16. August 2004 berichtete lic. phil. I B. über eine im Wesentlichen unveränderte Symptomatik, wobei zwischenzeitlich im Zusammenhang mit der in psychischer Hinsicht dominierenden resignativen Entmutigung eine medikamentöse Behandlung erfolge, was zu einer leichten Abnahme der Nervosität und inneren Unruhe geführt habe (vgl. Urk. 12/125 S. 1). Weiterhin mache sich der Beschwerdeführer erhebliche Sorgen im Hinblick auf die Zukunft und um seine gesundheitlich ebenfalls angeschlagene Ehefrau, den jüngeren Sohn, dem zwischenzeitlich allerdings mit Ritalin etwas habe geholfen werden können, und neu auch den ältesten Sohn, den die familiäre Situation nun offensichtlich auch zu belasten beginne, was sich darin äussere, dass er sich von einem fröhlichen, aufgeweckten zu einem sehr ernsten und verschlossenen Kind gewandelt habe. Der Patient wünsche sich eine Fortsetzung der Therapie, die einen Beitrag zur Stabilisierung des noch labilen emotionalen Zustands leisten könne und stützende wie auch strukturierende Funktion habe (vgl. Urk. 12/125 S. 1 f.).

3.18 In ihrem Bericht vom 23. März 2005 stellte lic. phil. I B. folgende Diagnosen (vgl. Urk. 12/140 S. 1):

- Chronisches Schmerzsyndrom im Bereich von Kopf, Nacken und tiefem Rücken
- Anpassungsstörung mit depressiven und Angstelementen bei
- Status nach Distorsionstrauma der HWS

Die bisherige Behandlung habe insofern eine Besserung gebracht, als die depressiven Verstimmungen und die Ängste etwas hätten reduziert werden

können. Zudem habe eine Stärkung des Selbstwertgefühls sowie eine gewisse Stabilisierung, Beruhigung und Entspannung erreicht werden können (vgl. Urk. 12/140 S. 1).

3.19 Nachdem er den Beschwerdeführer am 9. und 17. Mai 2005 untersucht hatte, gab Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Neurologie, Computer-Tomographie, am 18. Mai 2005 an, es beständen ein Status nach Auffahrkollision am 4. Mai 2002 mit persistierendem, bis anhin therapieresistentem Zervikalsyndrom mit Zervikobrachialgie links sowie Hinweise auf eine C6-Symptomatik mit myofaszialer Symptomatik. Die Untersuchungen hätten eine medio-laterale bis intraforaminale Protrusion C5/6 nach links und eine linksparamediane Protrusion C6/7, eine Einengung bis Stenosierung des linken Foramens C6/7, eine Osteochondrose und eine Spondylose C5/6 und C6/7 sowie Zeichen einer muskulären Dysbalance bei Rotationsbewegung der HWS mit ausgeprägter Hypomobilität C2 bis C7 links (mit Blockaden) ergeben (vgl. Urk. 12/150 S. 3).

Die angestammte Tätigkeit sei aus physischen Gründen nicht mehr zumutbar, könne der - links dominante - Beschwerdeführer doch die bis zum Unfall ausgeübte Arbeit nicht einhändig erledigen. Inwieweit die Gesundheit des Patienten auch aus psychischen Gründen beeinträchtigt sei, müsse von einem entsprechenden Facharzt beurteilt werden. Es sei eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung angezeigt (vgl. Urk. 12/150 S. 3).

3.20 In ihrer am 3. Oktober 2005 gestützt auf die Akten verfassten Beurteilung (Urk. 12/177) hielt Dr. med. D. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, Versicherungsmedizin der SUVA, im Wesentlichen fest, die medikamentösen und physikalischen Behandlungsmethoden seien ausgeschöpft; die Weiterführung der stützenden Psychotherapie erscheine dagegen als sinnvoll (vgl. Urk. 12/177 S. 3). Während die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Bericht des Neurologen Dr. C. ____, vom 9. Mai 2005 [richtig: 18. Mai 2005; vgl. Urk. 12/150] - sowohl aus formellen als auch aus materiellen Gründen - nicht zu überzeugen vermöge, könne auf das neurologische Gutachten der Ärzte des Universitätsspitals V. ____, vom 11. August 2004 (Urk. 12/131) vollumfänglich abgestellt werden. Die Einholung einer weiteren neurologischen Einschätzung erübrige sich daher (vgl. Urk. 12/177 S. 3 f.).

3.21 Nachdem sie den Beschwerdeführer am 15. und 16. März 2006 im Auftrag der IV-Stelle (vgl. Urk. 12/193) internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte der MEDAS in ihrem Gutachten vom 18. Juli 2006 (Urk. 12/196) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 12/196 S. 17):

- Chronisches zervikozephalisches sowie zervikospondylogenes Syndrom mit
- Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Komponente
- Verdacht auf analgetikainduzierte Kopfschmerzkomponente
- keine Hinweise auf zervikales, radikuläres, sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallsyndrom
- Status nach Heckauffahrkollision mit HWS-Distorsion am 4. Mai 2002 (anamnestisch keine Anhaltspunkte für erlittenes MTBI)

- degenerativen Veränderungen der HWS
- muskulärer Dysbalance
- Fehlhaltung bei thorakolumbovertebralem bis spondylogenen Syndrom
- Thorakolumbovertebrales bis spondylogenes Syndrom bei/mit
- Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung
- muskulärer Dysbalance
- Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 12/196 S. 17):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Sakkadierte Augenfolgebewegungen Differentialdiagnose: medikamentös bedingt bei Polypharmakotherapie
- Arterielle Hypertonie (anamnestisch)

Aufgrund der objektivierbaren somatischen Befunde bestehe eine leicht verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans, insbesondere der Nacken-/Schulterregion, was sich einschränkend auswirke in Bezug auf Tätigkeiten, die das Heben und Tragen schwerer Lasten oder das Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen, in länger dauernder vorder geneigter Haltung, mit repetitiv rumpfrozierenden Stereotypen oder im Nackenbereich erforderten. Die vom Exploranden angegebenen gelegentlichen Konzentrationsschwierigkeiten traten gegenüber den psychischen Beschwerden, die sich unter anderem in Form von Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit und Angstgefühlen äußerten, deutlich in den Hintergrund (vgl. Urk. 12/196 S. 18).

Aus somatischer Sicht bestehe derzeit betreffend körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten - worunter auch die angestammte Arbeit als Kabelleger, insoweit diese das Heben von Kabelrollen und Schachtdeckeln erfordere, falle - mit wiederholt ungenügenden, die HWS und den Rücken belastenden Körperhaltungen und Tragbelastungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer wirbelsäulenadaptierten - leichten bis allenfalls mittelschweren Tätigkeit sei der Explorand dagegen zu 70 %, in einer körperlich leichten Tätigkeit, die in wechselnden Positionen ausgeübt werden könne, gar zu 90 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 12/196 S. 18). Unter Berücksichtigung der psychischen Symptomatik bestehe in einer den somatischen Leiden Rechnung tragenden Tätigkeit eine 80 bis 90%ige Arbeitsfähigkeit. Eine psychisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe lediglich insofern, als dem Exploranden zwar ein volles Pensum zumutbar sei, dabei aber ein erhöhter und regelmäßiger Pausenbedarf bestehe. Im Hinblick auf die depressive Symptomatik beziehungsweise die damit einhergehende Verminderung des Umstellungsvermögens sowie der Stress- und Frustrationstoleranz erschienenen Tätigkeiten, bei denen der Beschwerdeführer unter Zeitdruck stehe, als eher ungeeignet (vgl. Urk. 12/196 S. 19).

Angesichts der chronischen Kopfschmerzsymptomatik und der neu festgestellten leicht sakkadierten Augenfolgebewegung sei - um eine pontozerebelläre Pathologie ausschließen zu können - eine MRI-Untersuchung des Schädels indiziert.

Während aufgrund des Verdachts auf eine analgetikainduzierte Kopfschmerzkomponente eine versuchsweise Reduktion der Polypharmakotherapie als sinnvoll erscheine, sei die Fortführung der psychopharmakotherapeutischen Behandlung angezeigt. Sobald sich eine Verbesserung der psychischen Grundkonstellation eingestellt habe, sei ein rekonditionierendes Bewegungstraining durchzuführen, damit der Explorand das Vertrauen in die eigenen körperlichen und handwerklichen Fähigkeiten zurückerlangen könne (vgl. Urk. 12/196 S. 19).

E. 4

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer sich anlässlich der Auffahrkollision vom 4. Mai 2002 eine Distorsion der HWS zugezogen hatte und in der Folge unter dieser Verletzung typischen Beschwerden (vgl. Erw. 1.3) in Form von Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen, einer eingeschränkten Beweglichkeit der HWS und Schwindel litt (vgl. Urk. 12/2, Urk. 12/17, Urk. 12/21 S. 1, Urk. 12/26 S. 2, Urk. 12/30 S. 2, Urk. 12/52 S. 1 f., Urk. 8/9 S. 1 im Prozess Nr. IV.2007.00575, Urk. 8/7 S. 1 im Prozess Nr. IV.2007.00575, Urk. 12/62, Urk. 12/83 S. 1, Urk. 12/88, Urk. 12/131 S. 3, Urk. 12/140 S. 1, Urk. 12/150 S. 3, Urk. 12/196 S. 17). Die zudem bestehende psychische Gesundheitsstörung ist, soweit sie nicht auf psychosozialen (vgl. Bericht Universitätsspital V. ____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 16. September 2002 [Urk. 12/26 S. 2], Berichte lic. phil. I B. ____, vom 21. November 2003 [Urk. 12/91] und vom 16. August 2004 [Urk. 12/125 S. 2]) und damit unfallfremden Ursachen beruht, ebenfalls im Rahmen der die erlittene HWS-Läsion charakteristischen Beschwerdebildes und nicht etwa als sekundäre unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigung zu interpretieren. So ergaben sich bereits im Rahmen der gut drei Monate nach dem Unfall vom 4. Mai 2002 am 19. August 2002 begonnenen ambulanten Behandlung im Universitätsspital V. ____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Anhaltspunkte (vgl. Bericht vom 16. September 2002, Urk. 12/26 S. 2) für eine - in der Folge von verschiedenen Ärzten beziehungsweise Therapeuten bestützte (vgl. Urk. 12/30, Urk. 12/34, Urk. 12/52 S. 2, Urk. 12/83, Urk. 12/125, Urk. 12/131 S. 5 ff., Urk. 12/140, Urk. 12/150 S. 3, Urk. 12/177 S. 3, Urk. 12/196 S. 17 ff., Urk. 8/9 und Urk. 8/7 im Prozess Nr. IV.2007.00575) - psychische Symptomatik. Zwar gelangten die behandelnden und begutachtenden Ärzte zu divergierenden Schlüssen betreffend die Natur der psychischen Störung; davon, dass es sich dabei um eine selbständige, unabhängig von den diversen im Rahmen der HWS-Distorsion aufgetretenen Symptomen zu betrachtende Störung, wie es etwa bei einer - von den Gutachtern der MEDAS explizit verneinten (vgl. Urk. 12/196 S. 16) - posttraumatischen Belastungsstörung der Fall wäre, handelte, ist mangels entsprechender Anhaltspunkte in den medizinischen Akten aber nicht auszugehen.

Was den linksseitigen Tinnitus anbetrifft, steht dieser gemäss dem Bericht des Universitätsspitals V. ____, Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 5. November 2002 (Urk. 12/29) im Zusammenhang mit einem bereits am 20. Februar 2002 erfolgten Geschehnis und ist daher - entgegen den vom Beschwerdeführer verschiedentlich gemachten Angaben - nicht als Symptom der HWS-Distorsion zu interpretieren. Nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint sodann aufgrund der zeitlichen Verhältnisse die Ursächlichkeit der Kollision vom 4. Mai 2002 für die erstmals - über vier Jahre später - am 18. Juli 2006 von den Ärzten der MEDAS

(vgl. Urk. 12/196 S. 18), ist sodann mit den degenerativen Veränderungen der HWS beziehungsweise der Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung (vgl. Urk. 12/196 S. 17) zu erklären und insofern - im Hinblick auf die vorliegend zu beurteilenden unfallversicherungsrechtlichen Ansprüche des Beschwerdeführers - nicht von Belang. Eine MRI-Untersuchung des Schädels wurde von den genannten Gutachtern im Übrigen nicht deshalb in Betracht gezogen, weil tatsächlich konkrete Anhaltspunkte für eine damit nachweisbare Pathologie bestanden hätten, sondern um eine solche nachweislich ausschliessen zu können (vgl. Urk. 12/196 S. 19).

4.4.4.4 Da der Unfall zu keinen strukturellen Läsionen geführt hat, wäre eine über den Fallabschluss hinaus bestehende Leistungspflicht der SUVA im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 4. Mai 2002 nur dann zu bejahen, wenn die entsprechende Beurteilung ergäbe, dass zwischen den über den 31. Oktober 2005 (vgl. Urk. 12/180, Urk. 2) hinaus geklagten Beschwerden und dem fraglichen Ereignis ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

4.4.4.4.4 Aus den zitierten Arztberichten geht hervor, dass bereits kurze Zeit nach dem Unfall eine psychische Symptomatik auftrat, die - wenn nicht von Anfang an, so doch im gesamten Verlauf - das Beschwerdebild prägte und gegenüber den vom Beschwerdeführer geklagten und den Ärzten - zumindest in ihrem Ausmass - kaum erklärbaren somatischen Beschwerden vorrangig war. So wiesen die den Beschwerdeführer ab dem 19. August 2002 behandelnden Ärzte des Universitätsklinikums V., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, bereits am 16. September 2002 auf familiäre Probleme, Chronifizierungstendenzen und die - wohl angesichts der wenig erheblichen somatischen Befunde - als lange dauernd bezeichnete Arbeitsunfähigkeit hin (vgl. Urk. 12/26 S. 2) und gingen am 1. November 2002 von einem im Wesentlichen bestehenden komplizierten Schmerzproblem mit dysfunktionalen Bewältigungsmustern aus (vgl. Urk. 12/34). Die Neurologen des Universitätsklinikums V. erklärten sich das Ausmass der geklagten Beschwerden am 28. Oktober 2002 mit der differentialdiagnostisch festgestellten Anpassungsstörung mit reaktiv-depressiver Entwicklung (vgl. Urk. 12/30 S. 1 f.). Nach dem vierwöchigen stationären Klinikaufenthalt anfangs 2003 berichteten die Ärzte der Rehaklinik E. am 6. Februar 2003 nicht nur von einer - den Beschwerdeführer gänzlich vereinnahmenden - im Vordergrund stehenden Schmerzsymptomatik, sondern attestierten eine - zwar als wenig erheblich befundene, aber immerhin (im Gegensatz zu den somatischen Beeinträchtigungen) für behandlungswürdig erachtete - psychotraumatologische Störung und attestierten, nachdem der Beschwerdeführer sich im Rahmen der Therapien wenig kooperativ gezeigt und in Leistungstest eine Verweigerungshaltung offenbart hatte, aus rein psychischen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 12/52 S. 2). In der Folge wurde denn auch durch Dr. A. (vgl. Bericht vom 8. Juli 2003, Urk. 12/83) beziehungsweise lic. phil. I B. (vgl. Berichte vom 21. November 2003 [Urk. 12/91], vom 16. August 2004 [Urk. 12/125] und vom 23. März 2005 [Urk. 12/140]) eine - im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch andauernde (vgl. Urk. 12/196 S. 19) - intensive psychiatrische respektive psychologische - und psychopharmakologische (vgl. Urk. 12/125 S. 1) - Behandlung durchgeführt. Die Experten der MEDAS hielten schliesslich am 18. Juli 2006 fest, die psychischen Beschwerden bewirkten insofern eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als sie vermehrt und regelmässig Pausen erforderlich machten und Tätigkeiten unter Zeitdruck

als ungünstig erscheinen liessen. Die vordergründige Bedeutung der psychischen Störung brachten die Gutachter insofern zum Ausdruck, als sie diesbezüglich weiterhin - auch medikamentösen - Behandlungsbedarf sahen, während sie von einer physikalischen oder anderweitigen somatischen Therapie bis zum Erreichen eines verbesserten psychischen Gesundheitszustands mangels Erfolgsaussichten gar abrieten (vgl. Urk. 12/196 S. 19).

4.5 Angesichts der im Rahmen des gesamten Heilungsverlaufs das Beschwerdebild dominierenden psychischen Beeinträchtigung prägte die SUVA die Adäquanz zu Recht nach der zwischen psychischen und physischen Komponenten unterscheidenden Rechtsprechung nach BGE 115 V 133 (vgl. Urk. 2 S. 4 ff.). Da in Bezug auf die somatischen Gesundheitsstörungen schon lange kein Therapieerfolg mehr erzielt worden war (vgl. Berichte Dr. Y. ___ vom 4. April 2003 [Urk. 12/62] und vom 13. Juni 2003 [Urk. 12/76], Bericht Dr. C. ___ vom 18. Mai 2005 [Urk. 12/150 S. 2], Beurteilung Dr. D. ___ vom 3. Oktober 2005 [Urk. 12/177 S. 3]) beziehungsweise entsprechende Massnahmen - zumindest bis zum Abklingen der psychischen Symptomatik - gar nicht mehr für indiziert gehalten wurden (vgl. Austrittsbericht Rehaklinik E. ___ vom 6. Februar 2003 [Urk. 12/52 S. 1], Gutachten der MEDAS vom 18. Juli 2006 [Urk. 12/193 S. 19]), erfolgte der Fallabschluss - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 18) - auch nicht verfrüht (vgl. dazu BGE 134 V 109 Erw. 4).

4.6 Beim Ereignis vom 4. Mai 2002 prallte ein nachfolgendes Fahrzeug ins Heck des vom Beschwerdeführer gelenkten, stehenden Autos (vgl. Urk. 12/1, Urk. 12/13 S. 1), wobei dieses eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von maximal 10 bis 15 km/h erfuhr (vgl. biomechanische Kurzbeurteilung vom 31. Juli 2002, Urk. 12/20 S. 2). Dass dabei am Opel Vectra des Beschwerdeführers ein (technischer) Totalschaden entstand, ist - angesichts der mit Fr. 5'609.35 bezifferten Reparaturkosten (vgl. Urk. 12/8 S. 9) - weniger mit der Heftigkeit des Aufpralls als mit dem geringen Zeitwert von rund Fr. 4'000.-- (vgl. Urk. 12/8 S. 4) des - erstmals im November 1989 in Verkehr gesetzten (vgl. Urk. 12/8 S. 3) - Fahrzeugs zu erklären. Eine derartige Kollision ist praxisgemäss als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend, zu qualifizieren (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 15. Mai 2008, 8C_470/2007 Erw. 5.2, mit Hinweisen). Besonders dramatische Umstände lagen nicht vor, und der Unfall kann auch nicht als besonders eindrücklich bezeichnet werden. So zogen sich die mitfahrende Ehefrau und der Sohn des Beschwerdeführers keine erheblichen Verletzungen zu, und der Beschwerdeführer, der vom Unfall überrascht worden war, sah sich unmittelbar nach der Kollision - ohne Bezug der Polizei - noch in der Lage, die im Hinblick auf die Haftpflicht des Unfallverursachers erforderlichen Dispositionen zu treffen (vgl. Urk. 12/131 S. 2). Zu verneinen ist auch das Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Die Diagnose eines Schleudertraumas respektive einer HWS-Distorsion für sich alleine vermag dieses Merkmal nicht zu begründen, und aufgrund der Akten ist auch nicht von einer besonderen Schwere der für das Verletzungsbild typischen Beschwerden auszugehen. Weder gibt es Anhaltspunkte für eine spezielle Körperhaltung im Kollisionszeitpunkt, noch kann darin, dass das Auto des Beschwerdeführers mit ungünstigen Kopfstellungen versehen war (vgl. Urk. 12/20 S. 3), ein ungünstiger Umstand gesehen werden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 15. Mai 2008, 8C_470/2007 Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen kann angesichts der Tatsache, dass sich die Ärzte die geklagten somatischen Beschwerden - zumindest im angegebenen Ausmass - schon sehr bald nach dem Unfall mit psychischen beziehungsweise psychosozialen Ursachen erklärten und der Beschwerdeführer sich im Rahmen der Therapien unkooperativ zeigte beziehungsweise Leistungstests an seiner Verweigerungshaltung scheitern liess (vgl. Austrittsbericht Rehaklinik E. ___ vom 6. Februar 2003, Urk. 12/52 S. 2), was die Adäquanz des weiteren Verlaufs an sich schon in Frage stellt (vgl. dazu Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 20. März 2003, U 101/01 Erw. 3.4), nicht gesprochen werden. Auch eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, fällt vorliegend ausser Betracht. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann - soweit es um die somatischen Beschwerden geht - ebenfalls nicht gesprochen werden. Weil es an unfallbedingten organischen Befunden fehlt und die Ursache der geltend gemachten Beschwerden - wenn nicht gar ausschliesslich, so zumindest überwiegend - in der psychischen Symptomatik zu sehen ist, kann auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen nicht, oder zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise, als erfüllt gelten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was schliesslich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrifft, müssen hiefür - nebst unfallfremden somatische Beeinträchtigungen - nicht zuletzt psychische respektive psychosoziale Gründe und das einer Heilung respektive Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wenig förderliche Verhalten des Beschwerdeführers verantwortlich gemacht werden, wobei die genannten Faktoren die physischen Einschränkungen schon bald überlagerten beziehungsweise ganz in den Hintergrund drängten. So gingen die Ärzte der Rehaklinik E. ___ bereits am 6. Februar 2003 von einer psychisch bedingten - und damit bei der Adäquanzbeurteilung nicht zu berücksichtigenden - 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. Urk. 12/52 S. 2), wobei sich diese angesichts der erhobenen Befunde weniger mit einer erheblichen psychischen Störung als mit psychosozialen Gründen und insbesondere der vom Beschwerdeführer im Rahmen von Leistungstests an den Tag gelegten massiven Verweigerungshaltung respektive der fehlenden Kooperation in den verschiedenen Therapien erklären lassen dürfte. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf das Gutachten der MEDAS vom 18. Juli 2006 (Urk. 12/196), in welchem dem Beschwerdeführer - nach einer Angewöhnungsphase mit um rund 30 % reduziertem Pensum - sowohl aus physischer als auch aus psychischer Sicht in einer leistungsgerechten Tätigkeit ein volles Pensum bei einer durch einen erhöhten Pausenbedarf bedingten Leistungseinschränkung von 10 %, mithin eine Restarbeitsfähigkeit in einer verbleibenden Tätigkeit von 90 % (und nicht etwa von lediglich 70 % [vgl. Urk. 1 S. 15]) attestiert wurde (vgl. Urk. 12/196 S. 18 f.), wobei die Experten auf eine Differenzierung zwischen unfallbedingten und unfallfremden Gründen der Leistungseinschränkung verzichteten. Anzumerken ist hierzu, dass die MEDAS-Gutachter nicht nur umfassende internistische (vgl. Urk. 12/196 S. 12), rheumatologische (vgl. Anhang 1 zu Urk. 12/196), neurologische (vgl. Anhang 2 zu Urk. 12/196) und psychiatrische (vgl. Anhang 3 zu Urk. 12/196) Abklärungen getätigt, sondern ihre Beurteilung auch in Kenntnis sämtlicher vorhandener medizinischer Akten abgegeben hatten (vgl. Urk. 12/196 S. 2 f.). Dass zwischen Juli 2005 und der Begutachtung Mitte März 2006 keine Arztberichte eingeholt worden waren und der Heilungsverlauf während dieser Phase entsprechend auch nicht dokumentiert ist, vermag mangels

Anhaltspunkten dafür, dass es in der fraglichen Zeitspanne zu erheblichen Veränderungen des Gesundheitszustands gekommen wäre, die eine aktuelle Berichterstattung der damals behandelnden Ärzte für eine zuverlässige Beurteilung unabdingbar gemacht hätte, die grundsätzliche Beweistauglichkeit der Expertise nicht (Urk. 12/196) in Frage zu stellen (vgl. Urk. 1 S. 15). Angesichts der dargelegten Umstände kann auch das unfallbezogene Merkmal der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt gelten.

4.7 Zusammenfassend ergibt sich, dass, da weder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist noch mehrere unfallbezogene Merkmale gehäuft vorliegen, der Auffahrkollision vom 4. Mai 2002 keine massgebende Bedeutung für die noch über den 31. Oktober 2005 hinaus anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zukommt. Die Einstellung der Versicherungsleistungen durch die SUVA auf diesen Zeitpunkt hin (vgl. Urk. 12/180, Urk. 2) ist, da es - wenn nicht bereits an einem natürlichen, so jedenfalls an einem adäquaten - Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Unfall und der noch andauernden gesundheitlichen Störung fehlt, nicht zu beanstanden.

5. Da der vorliegende Prozess nicht aussichtslos war, der Beschwerdeführer - angesichts der Beendigung des Krankentaggeldanspruchs per Ende Oktober 2007 (vgl. Urk. 9 S. 3, Urk. 10/4), der Abweisung des Leistungsgesuchs durch die IV-Stelle (vgl. Urk. 2 im Prozess IV.2007.00575), des von der Ehefrau erzielten Nettoeinkommens von rund Fr. 3'500.-- monatlich (vgl. Urk. 9 S. 3, Urk. 10/5), der beiden noch minderjährigen Söhne (vgl. Urk. 9 S. 4) und des Fehlens von Vermögen (vgl. Urk. 9 S. 2, Urk. 10/1) - bedürftig ist und die anwaltliche Verbeiständung (in Anbetracht des Umstandes, dass der Beschwerdeführer, der über keine Rechtsschutzversicherung verfügt [vgl. Urk. 9 S. 1], rechtsunkundig ist und am Ausgang dieses Prozesses ein erhebliches Interesse hat) geboten war, ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

Mit Honorarnote vom 15. Dezember 2008 (Urk. 15) machte der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers einen Aufwand von 7,17 Stunden und Barauslagen im Betrag von Fr. 84.80 geltend. Der verrechnete Zeitaufwand erscheint - auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass vorliegend aufgrund des ähnlich gelagerten Prozesses Nr. IV.2007.00575 Synergien bestanden - als angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 84.80 (je zusätzlich Mehrwertsteuer) ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 1'634.25 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht beschliesst:

1. Rechtsanwalt Dominique Chopard wird als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt.

2. Der Beschwerdeführer und sein Vertreter werden auf Art. 92 ZPO aufmerksam gemacht.

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, wird mit Fr. 1'634.25 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Helsana Versicherung AG

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an

- die Gerichtskasse

5. 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.