

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00021 vom 27. Juli 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00021

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00021 du 27 juillet 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00021 del 27 luglio 2007

Erwägungen

E. 2

2.1 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 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

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

- 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 Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.4 Für 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

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

2.5 Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgen zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren

Bereich die in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 366 Erw. 6a, letzter Absatz). Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a).

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Den Akten ist folgendes Bild über die Entwicklung der Symptome des Beschwerdeführers sowie deren Zuordnung zum Ereignis vom 26. Januar 2005 zu entnehmen:

1.1.1.1.1.1 Nach dem Unfall wurde der Beschwerdeführer zunächst im Spital F. ambulant behandelt. Die Ärzte diagnostizierten eine Distorsion der Halswirbelsäule, verordneten zur Therapie Analgetika und attestierten dem Beschwerdeführer bis zum 6. Februar 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/3-4). Bei den Befunden erwähnten sie eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit Schmerzen in der linken paravertebralen Muskulatur. Ausdrücklich schlossen sie jedoch Schwindel, Übelkeit und Erbrechen aus und fanden keine Anhaltspunkte für eine zentrale oder periphere Nervenläsion. Auch die Durchblutung und Sensibilität seien intakt. Auch die bildgebenden Verfahren zeigten keine Fraktur oder Luxation (Bericht vom 31. Januar 2005, Urk. 8/29). In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 15. Februar 2005 führte der nachbehandelnde Dr. med. H., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, als Beschwerden einen persistierenden paravertebralen Hartspann, zervikozephal Schmerzen sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule auf (Urk. 8/5). Am 6. April 2005 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. O. Ihm gegenüber gab der Beschwerdeführer an, er habe immer noch Nackenprobleme, zudem habe er noch Schlafstörungen. Es gebe kürzere beschwerdefreie Phasen. Dr. O. fand den Beschwerdeführer in gedrückter Stimmungslage vor und erhob inspektorisch einen unauffälligen Schulternackensbereich, eine diffuse Druckdolenz unterschiedlicher Intensität über sämtlichen Dornfortsätzen, an den kranialen Trapeziusanteilen, über der paravertebralen Halsmuskulatur sowie an den nuchalen Ansätzen. Die Rotation der Halswirbelsäule war beidseits um rund ein Drittel eingeschränkt, ebenso die Seitwärtsneigung nach rechts. Die Inklination war ebenfalls noch reduziert. Dr. O. ortete ein Chronifizierungspotential und empfahl daher aus therapeutischer Sicht die Einleitung eines Arbeitsversuchs im Rahmen eines 50%-Pensums bei laufender ambulanter Therapie (Urk. 8/13).

3.2.1.1.1.1 Dr. med. I., Fachärztin FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, welche den Beschwerdeführer als Hausärztin betreut, berichtete in der Folge über

den Fortgang der Beschwerden und über den Arbeitsversuch (vgl. Urk. 8/21-22). In einem Zwischenbericht vom 10. Mai 2005 erwähnte sie im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung am 6. April 2005 unveränderte objektive Befunde, wobei die diffuse Druckdolenz über der gesamten Halswirbelsäule regredient sei. Das Chronifizierungspotential sei erheblich. Der Arbeitsversuch, welcher nun schon seit dreieinhalb Wochen bei einer Arbeitsbelastung von viereinhalb Stunden täglich erfolge, habe bisher zu keiner Exazerbation der Beschwerden geführt. Die Schlafprobleme hätten unter Medikation gebessert, und die Physiotherapeutin habe ebenfalls von einer leichten Besserung berichtet. Der Beschwerdeführer werde nun versuchen, täglich eine Stunde länger zu arbeiten (Urk. 8/33). Am 31. Mai 2005 teilte Dr. I. ___ der SUVA mit, der Beschwerdeführer sei am 20. Mai 2005 bei ihr in der Sprechstunde gewesen. Nach dem Versuch, das Arbeitspensum zu steigern, sei irgendwie alles zusammengebrochen. Die Beschwerden hätten sich verschlimmert, so dass er nun auch die angepasste Arbeit nicht mehr ausführen könne. Der Beschwerdeführer habe geweint. Er fühle sich von seinem Umfeld nicht unterstützt. Aufgrund dieser Problematik wies Dr. I. ___ den Beschwerdeführer einem Psychiater zur Betreuung zu (Urk. 8/40-41). In einem weiteren Zwischenbericht vom 14. Juni 2005 erwähnte sie eine progrediente Schmerzproblematik mit Tendenz zur Ausweitung, wobei keine unfallfremden Faktoren im Heilungsverlauf mitspielten. Vorgesehen sei nun die stationäre Behandlung in der Rehaklinik C. ___ (Urk. 8/53).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine gestützt auf die vorhandenen (unter anderem medizinischen) Akten erfolgte Biomechanische Kurzbeurteilung des Ereignisses vom 26. Januar 2005 durch die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik ergab, dass es anhand der vorliegenden Unterlagen schwierig sei zu entscheiden, ob die im Anschluss an den Unfall geklagten, von der Halswirbelsäule ausgehenden Beschwerden im Normalfall isoliert durch die Kollisionseinwirkung erklärbar seien (Bericht vom 14. Juni 2005, Urk. 8/52).

3.3 Ä Ä Ä Ä Vom 15. Juni bis zum 20. Juli 2005 hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik C. ___ auf. Bereits im Rahmen eines Telefonats mit der zuständigen Person bei der SUVA am 19. Juli 2005 wies med. pract. J. ___, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin, darauf hin, der Beschwerdeführer weise eine geringe Arbeitsmotivation auf und sei sehr stark selbstlimitiert (Urk. 8/60). Im Austrittsbericht vom 26. Juli 2005 diagnostizierte med. pract. J. ___ einen Status nach Auffahrkollision am 26. Januar 2005 mit Distorsion der Halswirbelsäule, und erwähnte als aktuelle Probleme ein zervikozepales Schmerzsyndrom, eine Haltungsinsuffizienz und eine muskuläre Dysbalance der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur, eine Anpassungsstörung sowie ungerichteten Schwankschwindel. Der Beschwerdeführer habe angegeben, nach dem Unfall vom 26. Januar 2005 sofort starke Nackenschmerzen, Kopfweh und Schwindel verspürt zu haben. Bei Eintritt habe er über zervikozepale Schmerzen sowie einen ungerichteten Schwankschwindel geklagt. Objektiv habe sich eine Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur sowie eine aktive Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule gezeigt. Trotz der durchgeführten Therapien (Einzelphysiotherapie, individuelle Trainingsgruppe, individuelle Trainingsgruppe im Wasser, Heublumenwickel, Einzel-Maltherapie) sei es weder subjektiv noch objektiv zu einer Änderung der Symptomatik gekommen, was nach Ansicht der Ärzte hauptsächlich auf die ungenügende Motivation des Beschwerdeführers zurückzuführen sei. Er habe ein passives Verhalten mit wenig Eigeninitiative gezeigt

und wiederholt die Überzeugung geäußert, dass die Physiotherapien ihm schaden würden. Auch habe er ein niedriges, durch die objektiven Befunde nicht nachvollziehbares Belastbarkeitsniveau gezeigt. Eine Steigerung der Gesamtbelastbarkeit sei nicht möglich gewesen (Urk. 8/63 S. 1 f.).

Im Rahmen der Hospitalisation in der Rehaklinik C.____ wurde am 28. Juni 2005 ein psychosomatisches Konsilium durchgeführt. Med. pract. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie, diagnostizierte dabei Stimmungsschwankungen, eine Affektlabilisierung und eine Verunsicherung im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) sowie einen Verdacht auf eine vorbestehende und seit dem Unfall wahrscheinlich verstärkte somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.30). Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei eher ratlos als bedrückt gewesen, er habe einen unsicheren, ängstlich und besorgten Eindruck vermittelt. Über Schlafstörungen habe er nicht geklagt. Vorbestehend seien gewisse funktionelle kardiale Störungen, welche sich seit dem Unfallereignis wohl zusätzlich verstärkt hätten. Insgesamt bestehe eine Situation, welche ausgehend von den anfänglichen körperlichen Beschwerden schnell in einen Circulus vitiosus hineingeraten sei. Der Beschwerdeführer habe mit zunehmender Verunsicherung, Ängsten sowie vermindertem Selbstwertgefühl reagiert, was einerseits die körperlichen Beschwerden weiter unterhalten habe und den Beschwerdeführer andererseits bisher ausser Stande gesetzt habe, mit Schmerzen und körperlichen Beschwerden zu einem geeigneten und für ihn hilfreichen Umgang zu gelangen. Bis anhin sei er den Beschwerden hilflos ausgeliefert gewesen, weshalb insofern gleichzeitig von einem maladaptiven Umgang mit denselben auszugehen sei. Es sei eine antidepressive medikamentöse Therapie eingeleitet worden. Wenngleich die psychische Problematik für sich gesehen die aus somatisch-medizinischer Sicht zu formulierende zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht einschränke, scheine eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz im Vollpensum in absehbarer Zeit wenig realistisch zu sein. Ein vorläufiger Berufseinstieg an einem leichteren Arbeitsplatz in einem 50%igen Pensum sei aus psychiatrischer Sicht sehr zu unterstützen (vgl. Urk. 8/64).

Unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Leiden wurde mit dem Beschwerdeführer bei Austritt eine Arbeitswiederaufnahme in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer in einer Textilfabrik ab dem 2. August 2005 zu 50 % sowie ab dem 16. August 2005 zu 100 % vereinbart (Urk. 8/63 S. 2).

3.4 Am 14. September berichtete Dr. I.____, der Beschwerdeführer habe nun die Arbeit wieder in einem 50%-Pensum aufgenommen. Er beklage nach wie vor zervikothorakale und zervikobrachiale Schmerzen sowie Konzentrationsstörungen und fühle sich durch den erhöhten Lärmpegel am Arbeitsplatz behindert. Inzwischen sei ihm die Stelle gekündigt worden (Urk. 8/69).

Dr. med. L.____, Assistenzarzt im Psychiatrischen Zentrum D.____, betreute den Beschwerdeführer ab dem 26. September 2005 und sah ihn am 1. November 2005 erneut. In seinem Bericht vom 10. November 2005 hielt auch er fest, der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber Merk- und Kurzzeitgedächtnisstörungen angegeben. Seit zwei Wochen habe er ausgeprägte Alpträume vom Unfall. Insgesamt sah Dr. L.____ aus psychiatrischer Sicht Hinweise für eine bereits vor dem Unfallereignis bestehende kardiale somatoforme Funktionsstörung (ICD-10: F45.30) sowie ein maladaptives Verhalten des Beschwerdeführers, welches bisher einen angemessenen Umgang mit der Schmerzproblematik erschwert habe und wohl zu einer

Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) gefährt habe. Um die Gefahr einer Chronifizierung der Symptomatik zu verringern, sei eine baldige Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Teilzeitpensum sinnvoll (Urk. 8/80).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem weiteren Zwischenbericht vom 30. November 2005 berichtete Dr. I. ___ über einen unveränderten Verlauf der Beschwerden aus rheumatologischer und neurologischer Sicht, wobei momentan wohl von einer Chronifizierung der Problematik ausgegangen werden müsse (Urk. 10/83). Am 7. April 2006 berichtete med. pract. M. ___, Assistenzarzt im Psychiatrischen Zentrum D. ___, über den Verlauf der psychiatrischen Betreuung und hielt fest, zwischenzeitlich sei es bezüglich der depressiven Symptomatik und der Schmerzen zu keiner Besserung gekommen. Aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführer zu 50 % einer leichteren Tätigkeit nachgehen, er sehe sich selber aber aufgrund seiner Ängste und Schmerzen zurzeit nicht in der Lage, einen erneuten Arbeitsversuch zu starten (Urk. 10/98).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 5. Mai 2006 führte Dr. O. ___ eine kreisärztliche Untersuchung durch. Ihm gegenüber klagte der Beschwerdeführer über konstant vorhandene Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in den Kopf- und Rückenbereich. Auf einer Skala von 0 bis 10 habe er die Schmerzen etwa einer Intensität von 8 zugeordnet. Ausserdem gab er an, unter Schlafproblemen zu leiden; auch Schwindelerscheinungen seien nach wie vor vorhanden. Im klinischen Untersuchungsbericht erhob Dr. O. ___ diffuse Druckdolenz an den Dornfortsätzen der proximalen und mittleren Brustwirbelsäule sowie an sämtlichen abgetasteten Stellen im Bereich der Halswirbelsäule. Hinweise auf eine Muskelverhärtung hätten sich nicht ergeben. Sowohl die Rotation als auch die Seitwärtsneigung und die Inklination der Halswirbelsäule seien um ein Drittel eingeschränkt (Urk. 8/99). Zwecks ergänzender Diagnostik veranlasste Dr. O. ___ eine Untersuchung der Wirbelsäule mittels bildgebender Verfahren im Spital F. ___. Am 17. Mai 2006 gefertigte Röntgenbilder der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ergaben keine Hinweise für posttraumatische Läsionen beziehungsweise signifikante sekundär-degenerative knöchernen Veränderungen (Urk. 8/104). Auch ein gleichentags angefertigtes MRI des Schädels und der Halswirbelsäule ergab einen unauffälligen Hirnbefund und keine Hinweise für eine posttraumatische Läsion. Auch im Bereich der Halswirbelsäule zeigten sich unauffällige Verhältnisse ohne Hinweise auf eine posttraumatische Pathologie mit Zeichen einer allenfalls beginnenden Chondrose C5/6 (Urk. 8/105). Mit Blick auf diese Unterlagen kam Dr. O. ___ am 22. Mai 2006 zum Ergebnis, dass im Bereich der Halswirbelsäule Hinweise auf eine traumatisch bedingte Pathologie fehlten, wobei die wenigen sichtbaren pathologischen Befunde degenerativer Natur seien beziehungsweise unfallfremde krankheitsbedingte Befunde darstellten. Organisch fassbar sei lediglich die aufgrund der bildgebenden Dokumentation nicht erklärbare eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (Urk. 8/106). Aus diesem Grund veranlasste Dr. O. ___ noch eine neurologische Untersuchung beim Spezialisten Dr. G. ___, welche am 30. Juni 2006 stattfand. Im diesbezüglichen Bericht vom 3. Juli 2006 hielt Dr. G. ___ fest, der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber aktuell unveränderte und eigentlich nicht zu beeinflussende Schmerzen im Nackenbereich ausstrahlend bis etwa zur mittleren Brustwirbelsäule angegeben. Er fahre Auto, jedoch "nicht viel". Der Beschwerdeführer sei mit dem Auto zur Untersuchung erschienen und habe während der Anamneseerhebung und auch sonst bei der Beobachtung kein Schmerzverhalten gezeigt. Die Untersuchung selbst sei schwierig gewesen und der

Beschwerdeführer habe nur widerwillig Auskunft gegeben. Bei der Untersuchung habe er den Beschwerdeführer auffordern müssen, aktiver mitzumachen, verbunden mit der Androhung, dass er die Untersuchung ansonsten abbrechen müsse. Darauf habe der Beschwerdeführer deutlich ängstlich reagiert. Da der Beschwerdeführer eine aktuelle Schmerzintensität von 8/10 angegeben habe ohne Auffälligkeiten im Spontanverhalten zu zeigen, und sodann anlässlich der Untersuchung von Dr. G. ___ als übertrieben interpretierte Schmerzreaktionen mit Ausweichbewegungen gezeigt habe, schloss Dr. G. ___ auf eine deutliche Aggravation. Neurologisch könne die Situation nicht erklärt werden, eine Läsion des peripheren wie zentralen Nervensystems könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Prognose sei wohl schlecht (Urk. 8/114). In einem Zeugnis vom 18. Juli 2006 attestierte med. pract. M. ___ dem Beschwerdeführer bis auf weiteres aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/124). In einer internen Notiz vom 4. September 2006 erklärte Dr. O. ___, im Bericht vom 3. Juli 2006 des Dr. G. ___ würden sowohl bei der Anamnese als auch bei den Untersuchungsbefunden keine Angaben über eine Schwindelproblematik gemacht. Angesichts der Gesamtbeurteilung des Dr. G. ___, dass die Situation neurologisch nicht zu erklären sei, könne daher auf eine Schwindelabklärung verzichtet werden (Urk. 8/123).

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid gelangte die Vorinstanz mit Blick auf die medizinischen Akten zum Schluss, dass das Beschwerdebild bereits anlässlich der Rehabilitation vom 15. Juni bis zum 20. Juli 2005 in der Rehaklinik C. ___ durch die psychische Fehlverarbeitung des Unfalles seitens des Beschwerdeführers bestimmt gewesen sei und die Folgen der Distorsion der Halswirbelsäule schon damals im Hintergrund gestanden seien. Sodann seien beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall mit der somatoformen Funktionsstörung psychische Krankheitssymptome vorhanden gewesen. Daher sei die Adäquanz des Beschwerdebildes nach der für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall massgeblichen Rechtsprechung (BGE 115 V 133) zu beurteilen, was dazu führe, dass die Adäquanz der fortbestehenden Beschwerden verneint werden müsse (Urk. 2 S. 6 f.).

4.1.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, aufgrund der vorliegenden fachärztlichen Berichte sei nicht mit hinreichender Sicherheit ausgewiesen, dass bereits früh nach dem Unfall eine psychische Fehlentwicklung eingesetzt habe, welche das typische Beschwerdebild eines Schleudertraumas völlig in den Hintergrund gedrängt habe. Daher sei die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den verbleibenden Beschwerden nicht nach der nur für psychische Leiden anwendbaren Rechtsprechung zu prüfen, sondern nach der speziell für Schleudertraumata entwickelten Rechtsprechung (BGE 117 V 359 ff.). Bei einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und dem anschliessend auftretenden typischen bunten Beschwerdebild sei es medizinisch anerkannt, dass auch ohne nachweisbare pathologische Befunde auch noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten könnten. Die charakteristischen Beschwerden in der Halswirbelsäule seien nicht durch eine psychische Störung abgelöst worden; vielmehr hätten diese neben den psychischen Problemen fortbestanden (Urk. 1 S. 4 ff.).

4.2.1.1.1 Die natürliche Kausalität des Auffahrunfalls vom 26. Januar 2005 für die im Anschluss daran vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden ist - zumindest im Sinne einer Teilkausalität - unbestritten (vgl. Urk. 1 S. 3 sowie Urk. 7 S. 3) und

aufgrund der Akten auch ausgewiesen.

4.3 Was die adäquate Kausalität betrifft, so ist zunächst strittig, nach welcher von der höchststrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Praxis diese zu prägen ist.

Aus den medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer sowohl kurze Zeit nach dem Unfall als auch noch Wochen später nicht unter dem für Schleudertraumata der Halswirbelsäule "typischen Beschwerdebild" litt. Die Ärzte des erstbehandelnden Spitals F. schlossen Schwindel, Übelkeit und Erbrechen ausdrücklich aus, ebenso wie neurologische Ausfälle (vgl. Urk. 8/29). Auch Dr. H., welcher den Beschwerdeführer als nächster untersuchte, erwähnte keine solchen Beschwerden (vgl. Urk. 8/5). Dies entspricht im Übrigen auch der Darstellung des Beschwerdeführers anlässlich einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2005 (vgl. Urk. 8/30 S. 1). Erst den Ärzten der Rehaklinik C. gegenüber klagte er erstmals, anlässlich der Arbeitsversuche in der Weberei (Mitte April 2005, vgl. Urk. 8/16 sowie Urk. 8/19) habe er unter Schwindelgefühlen gelitten (Urk. 8/63 S. 2, Urk. 8/64 S. 2). Im Bericht von Dr. I. vom 14. September 2005 werden als weitere Beschwerden, unter welchen der Beschwerdeführer bei einem erneuten Arbeitsversuch gelitten habe, Konzentrationsstörungen und Probleme mit dem Lärmpegel am Arbeitsplatz erwähnt (Urk. 8/69; vgl. auch Urk. 8/80). Diese Beschwerden zusammen mit den Schwindelgefühlen traten jedoch erst so spät nach dem Unfallereignis vom 26. Januar 2005 auf, dass sie diesem nicht mehr im Sinne "typischer" Symptome nach einem Schleudertrauma zugerechnet werden können.

Weiter ergibt sich aus den medizinischen Berichten, dass mit Ausnahme des von Dr. H. am 15. Februar 2005 erwähnten paravertebralen Muskelhartspanns (vgl. Urk. 8/5), welcher in späteren Berichten nicht mehr ausdrücklich genannt wird (vgl. etwa den kreisärztlichen Bericht vom 6. April 2005, Urk. 8/13) - so dass es sich wohl nicht um einen besonders ausgeprägten Befund handeln konnte - und erst wieder im Bericht der Rehaklinik C. vom 26. Juli 2005 im Sinne eines leichten Muskelhartspanns des Musculus trapezius descendens beidseits Erwähnung findet (Urk. 8/63 S. 6), kein nachweisbares organisches Substrat für die geklagten Schmerzen und geltend gemachten Einschränkungen gefunden werden konnte. Und auch der Muskelhartspann war spätestens anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 5. Mai 2006 wieder verschwunden (vgl. Urk. 8/99 S. 3).

Ausgewiesen ist ferner, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall zu 50 % krankheitsbedingt arbeitsunfähig geschrieben war (Urk. 8/30 S. 1, Urk. 8/63 S. 5; später interpretiert als somatoforme autonome Funktionsstörung, vgl. Urk. 8/64). Nachdem Mitte April ein Arbeitsversuch im Rahmen eines 50%-Pensums gestartet worden war, konnte Dr. I. am 10. Mai 2005 zunächst über eine erfreuliche Entwicklung mit einem Rückgang der Druckdolenz über der gesamten Halswirbelsäule sowie der Schlafprobleme berichten (Urk. 8/33). Erst nachdem ein Versuch gestartet worden war, das Arbeitspensum langsam zu steigern (vgl. Urk. 8/33), nahmen die Schmerzen des Beschwerdeführers offenbar stark zu, so dass er die Arbeit wieder vollständig niederlegen musste. Am 20. Mai 2005 diagnostizierte Dr. I. eine psychische Belastungsstörung nach HWS Distorsion und nannte als klinische Faktoren zunehmende familiäre Probleme, eine beginnende Ausweitungsproblematik sowie eine

Schlafstörung, wobei die Reintegration am Arbeitsplatz nicht zu funktionieren scheine (vgl. Urk. 8/40). Bereits rund vier Monate nach dem Unfall bestanden daher erhebliche psychische Probleme. Die Ärzte der Rehaklinik C., wo sich der Beschwerdeführer vom 15. Juni bis zum 20. Juli 2005 stationär aufhielt, muteten dem Beschwerdeführer aus organischer Sicht eine ganzkörperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule zu und befürworteten eine stufenweise Arbeitsaufnahme in der angestammten Tätigkeit, wobei ab dem 16. August 2005 wieder eine 100%ige Tätigkeit zumutbar sei (Urk. 8/63 S. 2). Lediglich im psychosomatischen Konsilium wurden gewisse Vorbehalte hinsichtlich einer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz und einer Tätigkeit im Vollpensum geäußert. Als einschränkende Diagnosen wurden dabei Stimmungsschwankungen, Affektlabilisierung und Verunsicherung im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) sowie ein Verdacht auf eine vorbestehende und seit dem Unfallereignis verstärkte somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.30) genannt (vgl. Urk. 8/64 S. 1 und 4). Wie die Berichte des Psychiatrischen N. zeigen, hat sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der bereits in der Rehaklinik C. gestellten psychiatrischen Diagnosen im weiteren in der Folge gesteigert bis zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/80, Urk. 8/98, Urk. 8/124 S. 2).

Da im weiteren auch die späteren fachärztlichen Untersuchungen die frühere Einschätzung, wonach als Folge des Unfalls keine nennenswerten organischen Schäden resultierten, bestätigten (vgl. Urk. 8/104-105, Urk. 8/114), ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass die psychischen Probleme die durch nachweisbare unfallbedingte organische Läsionen verursachten Beschwerden bereits nach relativ kurzer Zeit in den Hintergrund drängten. Die Beurteilung der adäquaten Kausalität nach der für psychische Fehlentwicklungen massgebenden Rechtsprechung (BGE 115 V 133; vorstehend Erw. 2.3) ist daher nicht zu beanstanden.

4.4 Ordnet man das Unfallereignis vom 26. Januar 2005 bei den mittelschweren Unfällen ein, so ist zu prüfen, ob vorliegend die von der Rechtsprechung aufgestellten Adäquanzkriterien gegeben sind (vgl. vorstehend Erw. 2.3). Der Vorinstanz ist dabei darin beizupflichten, dass es sich beim Unfall vom 26. Januar 2005 weder um ein besonders eindrückliches, noch um ein dramatisches Unfallereignis handelte. Auch lagen beim Beschwerdeführer als Folge des Unfalls keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art vor. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung (der organischen Unfallfolgen) muss ebenfalls verneint werden, da beim Austritt aus der Rehaklinik C. die Behandlung der rein somatischen Beschwerden weitgehend abgeschlossen war. Dauerbeschwerden lassen sich aus organischer Sicht nicht ausmachen, und auch für eine ärztliche Fehlbehandlung, einen schwierigen Heilverlauf oder erhebliche Komplikationen bestehen keine Anhaltspunkte. Auch ein besonderer Grad und eine besondere Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit liegen nicht vor, da die Ärzte bereits kurz nach dem Austritt aus der Rehaklinik C. aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierten. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 26. Januar 2005 und den auch nach dem 19. September beziehungsweise 31. August 2006 fortbestehenden Beschwerden wurde von der Vorinstanz daher zu Recht verneint. Der angefochtene Einspracheentscheid ist damit zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Rechtsanwalt Thomas Schätz

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.