

dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.1.2.1.2. Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 1.2

1.2.1.1. 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).

1.2.2. 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).

1.2.3. 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 gehorren, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise 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 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

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

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

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

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

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere 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 134 V 116 Erw. 6.1, 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).

1.2.4 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 Arbeits- beziehungsweise 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).

1.2.5 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädels-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

1.2.6 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.).

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

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid fest, aufgrund der medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie nachweisbaren strukturellen Veränderung beruhten, die beim Unfall vom 3. Juni 2005 gesetzt worden wäre (Urk. 2 S. 4-6). In ihrem Arztzeugnis vom 28. Juni 2005 habe Dr. Y. ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert. Auch der Kreisarzt habe in seinen Beurteilungen ausgeführt, der Versicherte habe ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma erlitten. Anlässlich der Erstkonsultation bei Dr. Y. habe der Beschwerdeführer sofortige Zervikalgien mit Kopfschmerzen und Schwindel angegeben. Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. August 2005 habe er sodann angegeben, unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, Rückenschmerzen, Schmerzen bis in den Fuss, diffuse Schmerzen am linken Bein und Kopfschmerzen zu leiden. Vor diesem Hintergrund sei davon auszugehen, dass beim Versicherten in den ersten Wochen und Monaten nach dem Unfall die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen zumindest teilweise vorhanden gewesen seien (Urk. 2 S. 7). Weiter wurde im angefochtenen Entscheid erwogen, der Unfall mit einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung zwischen 5 bis 10 km/h, welche unterhalb des Harmlosigkeitsbereichs im Normalfall liege, sei als leicht zu qualifizieren, weshalb ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesem und den organisch nicht nachweisbaren Beschwerden des Versicherten zu verneinen sei. Im Sinne einer Eventualbegründung wurde sodann ausgeführt, selbst wenn von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen ausgegangen würde, wäre ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis und den organisch nicht nachweisbaren Beschwerden zu verneinen (Urk. 2 S. 8-10).

2.2. Demgegenüber macht der Beschwerdeführer im wesentlichen geltend, es treffe nicht zu, dass die von ihm geklagten Beschwerden nicht objektivierbar seien. Beim versicherten Unfallereignis habe es sich um einen schweren bis mittelschweren Unfall gehandelt. Eine Geschwindigkeitsänderung von 5 bis 10 km/h sei ein erheblicher Wert. Die Beschwerdegegnerin tue ihm Unrecht, wenn sie seinen Fall "psychiatrisiere" und ihm tatsachenwidrig einen Alkoholmissbrauch vorwerfe (Urk. 1).

E. 3

3.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 24. Juli 2006 einstellte, weil zu diesem Zeitpunkt der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis nicht mehr gegeben war.

E. 3.2

3.2.1. Dr. Y. führte in ihrem Bericht vom 28. Juni 2005 über die Erstbehandlung vom 3. Juni 2005 aus, dass die Röntgenaufnahmen der HWS a.p. seitlich und die Funktionsaufnahme bis auf eine Osteochondrose C6/7 einen unauffälligen Befund gezeigt hätten. Es bestehe eine praktisch komplette Blockierung der HWS. Jegliche Bewegung führe zu ziehenden Schmerzen beidseits, rechtsbetont bei ausgedehnten muskulären Verspannungen. Sie diagnostizierte ein Schleudertrauma der HWS, verordnete eine Physikalische Therapie und hielt den Patienten bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/7).

3.2.2.4.1 Eine am 17. August 2005 im Röntgeninstitut B.____ durchgeführte MRI-Untersuchung der Hals- und Lendenwirbelsäule ergab eine im Vordergrund stehende mediorechtslaterale Diskushernie C5/6. Sodann zeigte sich eine Osteochondrose und eine mediolaterale Protrusion der Bandscheibe C6/7. Weiter konnte eine geringe Osteochondrose LWK 4/5, eine mediobilaterale Diskusprotrusion LWK 4/5 sowie eine mediolinkslaterale Diskusprotrusion LWK 5/S1 festgestellt werden. Eine Nervenwurzelkompression konnte nicht nachgewiesen werden (Urk. 10/6).

3.2.3.4.1 Der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. C.____, führte in seinem Bericht über die Untersuchung vom 19. August 2005 aus, der Versicherte habe sich am 3. Juni 2005 ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma zugezogen. Die erste Behandlung sei am Unfalltag bei Dr. Y.____ erfolgt, welche ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und zeitgerecht eine Physikalische Therapie eingeleitet habe. Seither bestehe noch immer eine volle Arbeitsunfähigkeit. Heute schildere der Versicherte ein schwierig explorierbares, diffuses Beschwerdebild. Die Beschwerden würden einerseits im Nacken, andererseits auch lumbal und in der linken unteren Extremität angegeben. Tatsächlich sinke der Versicherte beim Zehengang links ein. An Brust- und Lendenwirbelsäule bestehe nur eine leichte Klopfdolenz über den Dornfortsätzen am lumbosakralen Übergang. Die Wirbelsäulenfunktion sei recht gut. An der Halswirbelsäule bestehe eine Druckdolenz über C7 sowie über den Mastoide beidseits. Die aktive Halswirbelsäulenfunktion sei nicht eingeschränkt. Im grobkursorisch erhobenen neurologischen Untersuchung finde er weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten einen Hinweis für eine radikuläre Symptomatik. Am 17. August 2005 seien am Röntgeninstitut B.____ eine Magnetresonanztomographie der Hals- und Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Dabei seien verschiedene degenerative Veränderungen dokumentiert worden. Im ersten Sakralwirbel habe sodann ein Hämangiom gefunden werden können; hiebei handle es sich um ein krankhaftes Geschehen. Weiter führte der Kreisarzt aus, dass das Beschwerdebild schwierig zu fassen sei und aufgrund der sozialen Situation ein erhebliches Chronifizierungsrisiko bestehe. Er sehe keine andere Möglichkeit, als eine stationäre Rehabilitation zu veranlassen (Urk. 10/9).

3.2.4.4.1 Dem Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Z.____ vom 13. Oktober 2005 kann entnommen werden, dass klinisch ein zervikospodylogenes Syndrom links und ein zervikookzipitales Syndrom sowie ein lumbospodylogenes Syndrom links vorliegen würden. Für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik hätten keine Hinweise bestanden. Es sei eine massive Symptomausweitung aufgefallen. Bei Austritt habe noch eine schmerzbedingte verminderte Belastbarkeit der Halswirbelsäule bei nur leicht eingeschränkter Funktion und klinisch unauffälligem lokalem Weichteilbefund bestanden. Zusätzlich habe eine schmerzbedingte verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule bei nicht eingeschränkter Funktion und klinisch unauffälligem lokalem und Weichteilbefund vorgelegen. Die Schulterfunktion sei nach der Schulteroperation im Jahr 2003 nicht wesentlich eingeschränkt. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde im Bericht ausgeführt, dass der Patient von Beruf Kranführer sei. Er sei im Moment arbeitslos und habe seit dem Jahr 2002 nicht mehr gearbeitet. Er sei gemäss seinen eigenen Angaben wegen Schulterproblemen schon vor dem Unfall zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Während der Hospitalisation habe er eine deutliche Selbstlimitierung und Symptomausweitung gezeigt. Aufgrund der unfallbedingten Restbeschwerden bestehe medizinisch-theoretisch keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die

zum Zeitpunkt des Unfalls bestehende Arbeitsunfähigkeit bezüglich der Schulter mässige ebenfalls revidiert werden. Medizinisch-theoretisch seien dem Patienten schulterangepasste Tätigkeiten, das heisse keine ausdauernden Überkopfarbeiten, zumutbar. Der Unfallversicherung werde der Fallabschluss empfohlen (Urk. 10/22).

3.2.5 Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in seinem Bericht über das ambulante neurologische Konsilium vom 29. März 2006 aus, bei der vor 10 Monaten durchgemachten Auffahrkollision sei es sicher zu einer HWS-Distorsion gekommen, hingegen gebe es gar keine verwertbaren Anhalte für eine allenfalls durchgemachte leichte traumatische Hirnverletzung oder eine ähnliche Verletzung. Die geklagten Beschwerden des Patienten bezögen sich auf die weiterhin sicher beeinträchtigte HWS-Beweglichkeit. Neurologisch finde sich einzig eine Asymmetrie im Gleichgewichtssystem mit leichter Beeinträchtigung, wie sie bei hier sicher noch vorhandenen Distorsionsresten im HWS-Bereich mit deutlicher Druckdolenz nicht so selten gefunden werde. Allerdings seien mehrere angegebene Probleme, namentlich beim Einbeinheften oder mit dem Bewegungssehen, mit einem Fragezeichen mangels konsistenter Angaben zu versehen (Urk. 10/49).

3.2.6 Dr. med. E.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte anlässlich der ambulanten psychiatrischen Abklärung vom 29. März 2006 keine psychische Störung von Krankheitswert diagnostizieren; er hielt dafür, dass lediglich eine leichtere, nicht krankheitswertige Somatisierungstendenz (Oberbauchbeschwerden und verstärkte Kopfschmerzen unter Stress) festzustellen sei, welche allenfalls als ICD-10: F45.1 zu codieren sei. Er führte dazu aus, im Vordergrund stehe eine gewisse psychische Labilisierung mit somatoformer Komponente, vorwiegend infolge einer sozialen Problematik (Geldknappheit, Differenzen zu Hause, Schlafstörungen), wobei der Patient in letztlich wenig hilfreicher Weise zu Alkohol als Beruhigungsmittel abends zum Einschlafen greife. Die ganze Tagesstrukturierung, die familiäre Interaktion und letztlich auch das Ausmass des Alkoholkonsums seien etwas intransparent geblieben. Wahrscheinlich bestehe schon ein Alkoholmissbrauch, eindrucksmässig aber keine Abhängigkeit (Urk. 10/50).

3.2.7 Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Rechtsmedizin, speziell Forensische Biomechanik und Dr. med. G.____, Facharzt für Rechtsmedizin, dipl. NDS Medizinphysik ETHZ, halten in ihrer biomechanischen Beurteilung vom 18. April 2006 fest, die technische Unfallanalyse (Technische Unfallanalyse vom 21. März 2006, Urk. 10/45) komme zum Schluss, dass der Wert der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung für das Fahrzeug, bezogen auf den Fahrzeugschwerpunkt, zwischen 5 und 10 km/h betragen habe und dass sich der Lenker relativ zum Fahrzeug nach hinten bewegt habe. Mit der Geschwindigkeitsänderung sei während der Stossphase eine mittlere Beschleunigung von 9 - 28 m/s² (0.95 - 2.8 g) verknüpft gewesen. Als Harmloskeitsbereich für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden nach Heckkollisionen dürfe im Normalfall ein Wert für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des angestossenen Fahrzeugs von 10 - 15 km/h angenommen werden. Normalfall heisse, dass die biomechanisch relevante Situation eines Insassen derjenigen Situation entsprechen müsse, die bei der wissenschaftlichen Ermittlung dieses Bereiches vorgelegen habe, also zum Beispiel, dass die betroffene Person nicht älter als etwa 50 bis 55 Jahre sein dürfe, keine mehr als unerheblichen krankhaften oder traumatisch bedingten Veränderungen im Halswirbelsäulenbereich vorliegen, und dass sie unmittelbar vor der Kollision keine

Körperposition relativ zum Fahrzeuginnenraum innegehabt habe, welche eine zusätzliche Belastung hätte ergeben können. Kriterien wie "Nicht-Gefasstsein" und "durch die Kollision überrascht", seien beim angewandten unteren Wert, also 10 km/h, bereits mitberücksichtigt. An biomechanischen Besonderheiten seien die degenerativen Veränderungen an der HWS, nachgewiesen in einem MRI vom 17. August 2005, zu bezeichnen; es liege somit eine Abweichung vom Normalfall vor. Aus den klinischen Unterlagen gingen jedoch keine Hinweise hervor, die auf eine Relevanz der festgestellten Diskushernie schliessen liessen. Weiter führten die Gutachter aus, da die Spanne des errechneten Wertes der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung mit 5 bis 10 km/h als weit zu bezeichnen sei, würden sie daraus ableiten, dass der am ehesten zutreffende Wert der Geschwindigkeitsänderung weder bei 5 noch bei 10 km/h gelegen haben dürfte und somit insgesamt aus technischer Sicht von einer Geschwindigkeitsänderung von eher mehr als 5 km/h, jedoch eher weniger als 10 km/h auszugehen sei. Aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Unfallanalyse und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis beim Versicherten festgestellten Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung allein in einem Normalfall eher nicht erklärbar seien. Ein relevanter Vorzustand an der HWS könnte jedoch von der HWS ausgehende Beschwerden und Befunde über einen gewissen biomechanisch überschaubaren Zeitraum von etwa einem halben Jahr erklärbar werden lassen (Urk. 10/46).

3.2.8 Dr. med. A. ___ führte in seinem Bericht vom 19. Oktober 2007 aus, dass der Patient nach zwei Beschleunigungstraumen der Halswirbelsäule ein dafür typisches Beschwerdebild zeige. Es handle sich um belastungsabhängige Nacken- und Kopfschmerzen mit den relevanten Befunden einer eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Die Unfälle hätten eine Überdehnung der Muskeln und Sehnen im Nacken- und Schulterbereich bewirkt, von welcher sich der Patient nur teilweise erholt habe. Eine Schädigung am Nervensystem scheine nicht vorzuliegen, die Untersuchung ergebe durchwegs normale Befunde (Urk. 18).

E. 3.3

3.3.1 Wie im angefochtenen Entscheid zutreffend festgehalten wurde, ergibt sich aus den vorstehend zitierten Arztberichten, dass den noch geklagten Beschwerden kein klar fassbares organisches Substrat zugrundeliegt. Die erstbehandelnde Ärztin, Dr. Y. ___, konnte bildgebend bis auf eine Osteochondrose C6/7 nur einen unauffälligen Befund erheben. Die MRI-Untersuchung vom 17. August 2005 ergab lediglich krankhaft-degenerative Befunde ohne Nervenwurzelkompressionen. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. August 2005 schilderte der Beschwerdeführer sodann ein schwierig explorierbares, diffuses Beschwerdebild, wobei in Bezug auf mögliche Unfallfolgen weitgehend normale Befunde erhoben werden konnten. Auch aus biomechanischer Sicht konnten die geschilderten Beschwerden aufgrund des Unfallgeschehens lediglich für einen Zeitraum von etwa sechs Monaten mit den vorbestandenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule erklärt werden. Da Bewegungseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule und Muskulaturveränderungen kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 in Sachen SUVA c. M., U 9/05, Erw. 4), steht

dem auch nicht entgegen, dass Dr. D.____ - im Gegensatz zu den vom Kreisarzt erhobenen Befunden - anlässlich des neurologischen Konsiliums vom 29. März 2006 eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule festgestellt hatte. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass selbst Dr. A.____ einen durchwegs normalen neurologischen Befund erhoben hat. Ob ein typisches Beschwerdebild nach einer Distorsion der Halswirbelsäule vorliegt, bei welchem der natürliche Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen ist (BGE 117 V 360 Erw. 4b, 119 V 335 Erw. 1 und 2), kann vorliegend indes offenbleiben, da die Adäquanz des Kausalzusammenhangs - wie noch zu zeigen sein wird - zu verneinen ist. Entsprechend erörtern sich aber auch weitere diesbezügliche Abklärungen.

3.3.2. Anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb mit Hinweisen), ist eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Da eine psychische Überlagerung nach der medizinischen Aktenlage nicht im Vordergrund steht (vgl. die psychiatrische Abklärung vom 29. März 2006, Urk. 10/50), ist die Frage der Adäquanz nach den in Erw. 1.2.4 genannten Kriterien zu beurteilen. Dabei kann offenbleiben, ob der vom psychiatrischen Konsiliarius diagnostizierte Alkoholmissbrauch tatsächlich vorliegt oder nicht.

3.3.3. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung handelt es sich beim vorliegend zu beurteilenden Unfallereignis vom 3. Juni 2005 aufgrund der durch eine technische Unfallanalyse erhärteten Tatsache, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des angestossenen Fahrzeugs des Beschwerdeführers bloss 5 bis 10 km/h betragen hat, um einen leichten Unfall (vgl. dazu Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 10. November 2004, U 174/03). Die dagegen vorgebrachten Argumente des Beschwerdeführers sind nicht stichhaltig; nicht nachvollziehbar und durch die fachtechnische Beurteilung widerlegt ist sodann, wenn in der Beschwerde ausgeführt wird, die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung habe mehr als 10 km/h betragen (Urk. 1 S. 10). Was den Einwand betrifft, die biomechanische Beurteilung vom 18. April 2006 weiche fälschlicherweise von den Schlüssen in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 28. November 2005 ab (Urk. 1 S. 11), ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 28. November 2005 lediglich um eine überschlagsmässige Kurzbeurteilung handelte, welche weder auf einer umfassenden technischen Unfallanalyse beruhte, noch auf jährliche biomechanische Begründungen enthielt (vgl. Urk. 10/27). Wenn die eingehende biomechanische Beurteilung in der Folge zu abweichenden Schlussfolgerungen kommt, ist dies nicht zu beanstanden. Da es sich wie dargelegt um einen leichten Unfall handelte - was auch die aktenkundigen Bilder des Unfallfahrzeugs klar belegen (Urk. 10/13 und 10/45 S. 7 ff.) -, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallgeschehen zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn das versicherte Unfallereignis vom 3. Juni 2005 als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu den leichten qualifiziert würde, wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers war das Unfallgeschehen weder dramatisch noch besonders eindrücklich; es handelte sich

vielmehr um einen alltäglichen Verkehrsunfall mit geringem Blechschaden. Die vom Beschwerdeführer erlittene Distorsion der Halswirbelsäule war auch nicht schwer oder von besonderer Art. Eine fortgesetzte, spezifische belastende ärztliche Behandlung fand nicht statt; erhebliche Beschwerden sind nach der medizinischen Aktenlage zu verneinen (vgl. etwa Urk. 10/22, 10/49 und 10/50 sowie Urk. 18). Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sowie ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind nicht ersichtlich. Eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit ist nicht ausgewiesen, nachdem dem Beschwerdeführer bereits ab Austritt aus der Rehabilitationsklinik Z. ___ am 12. Oktober 2005 unfallbedingt keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden konnte (Urk. 10/22).

3.3.4 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass zwischen den beim Beschwerdeführer (allenfalls) noch vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 3. Juni 2005 kein adäquater Kausalzusammenhang besteht, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 24. Juli 2006 eingestellt hat. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Es wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Alexander Weber

- Rechtsanwalt Christian Leupi

- Bundesamt für Gesundheit

- '___'

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.