

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00118 vom 23. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00118)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00118 du 23 février 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00118 del 23 febbraio 2009

## Erwägungen

### E. 3

3.1 In medizinischer Hinsicht stellt sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt dar:

Im Austrittsbericht der Klinik E. \_\_\_ vom 15. Oktober 2002 wurden ein chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (mit/bei: Status nach HWS-Distorsion und Fehlstatik bei HWS-Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance), ein posttraumatischer Spannungskopfschmerz mit Übergang in Migräne sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom diagnostiziert (Urk. 11/98). Aufgrund der Beobachtungen und Testungen wurde der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten schweren Tätigkeit als vollständig arbeitsunfähig erachtet. Für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit wurde hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 11/98 S. 2).

Im Bericht des Spitals C. \_\_\_ vom 2. Mai 2003 wurden ebenfalls die Diagnosen eines chronischen cervikospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont, von posttraumatischen Spannungskopfschmerzen mit rezidivierender Migräne sowie eines chronischen Lumbovertebralsyndroms erhoben (Urk. 11/119). Der Beschwerdeführer habe sich mit einer äusserst auffälligen HWS-Fehlhaltung mit massiver Kopfprotraktion und Schiefhaltung präsentiert, die ein Teil der myofaszialen Befunde sicher erkläre. Aufgrund der langen Schmerzanamnese müsse differentialdiagnostisch auch an eine chronische Schmerzkrankheit oder Schmerzverarbeitungsstörung gedacht werden. Auffällig sei eine völlig fehlende Beeinflussbarkeit der Schmerzsituation. So seien die Beschwerden im Bereich der HWS durch die physiotherapeutischen Behandlungen weder verbessert noch verschlimmert worden (Urk. 11/119 S. 3).

In einem weiteren Bericht des Spitals C. \_\_\_ vom 22. Juli 2003 (Urk. 11/126) betreffend die Teilnahme des Beschwerdeführers am ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramm wurde zusätzlich eine leichte depressive Episode diagnostiziert. Als Hauptproblem während den Therapien habe sich ein massives Vermeidungsverhalten bezüglich jeglicher HWS-, beziehungsweise BWS-Aktivität gezeigt. Sowohl die ärztliche als auch die physiotherapeutische Untersuchung sei durch die Berührungsempfindlichkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt gewesen, so dass keine differenzierte Untersuchung der Wirbelsäule durchgeführt werden könnten. Die mit dem Beschwerdeführer vereinbarten Ziele (Heben von Gewichten bis 10 kg) seien nicht erreicht worden. Der Beschwerdeführer habe bei 2,5 kg stagniert und sich im Verlaufe des Programms hinsichtlich Symptomen und Ausdauer verschlechtert. Auch am Ende des Programms habe der Beschwerdeführer praktisch ausschliesslich passive

Copingstrategien zur Bewältigung seiner Beschwerden gezeigt. Die durchgeführten Laktattests hätten aufgrund der Selbstlimitierung des Beschwerdeführers wegen Schwindel keine verwertbaren Resultate gezeigt. Die anaerobe Schwelle sei nicht erreicht worden. Trotz einer hochdosierten antidepressiven Therapie habe weder die Schmerzsymptomatik noch die Schlafqualität oder die anhaltende Müdigkeit positiv beeinflusst werden können. Aus psychologischer Hinsicht hätten sich deutliche Hinweise für eine depressive Episode gezeigt. Es seien Einzel- und Paargespräche durchgeführt worden. Hauptthemen der Gespräche seien empfundene Hilflosigkeitsgefühle und dadurch bewirkte Schwierigkeiten und Enttäuschungen in der Erfüllung der Ehemann- und Vaterrolle gewesen (Urk. 11/126 S. 1 f.).

3.4 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin und Psychiatrie/Psychotherapie diagnostizierte am 30. August 2004 neben einem Beschleunigungstrauma der HWS eine mittelschwere depressive Störung bei Status nach schwerer depressiver Störung. Die Schmerzen des Beschwerdeführers und seine Verhaltensanpassung seien absolut glaubhaft. Psychisch sei sein Gesundheitszustand nicht mehr so desolat wie im September 2003. Das rühre vor allem daher, dass der Beschwerdeführer besser gelernt habe, mit seinen Schmerzen, seiner Ermüdbarkeit und seinen Einschränkungen zu leben und sich zu organisieren (Urk. 11/155).

3.5 Dr. med. H. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 4. Juli 2005 (Urk. 11/189) ein chronisches cervikovertebrales und cervikoencephales Schmerzsyndrom (letzteres unter dem Bild eines Spannungstypkopfwehs mit depressiver und schmerzmittelbedingter Komponente sowie einer Migräne ohne Aura) sowie einen Verdacht auf eine psychische Fehlentwicklung mit Fehlinnervation der Kopfhaltung auf dissoziativer Grundlage (Urk. 11/189 S. 15). Als Befunde erhob Dr. H. \_\_\_\_, hauptsächlich Dolenzen an der Linea nuchae, die er sich durch die Kopfhaltung erklärte, ferner aber auch Irritationen im mittleren Cervicalbereich links und reaktiv einen ausserordentlichen Hartspann des Trapeziuswulstes und des linken Schulterblatthebers mit Triggerpunkten, die bis zum Hinterkopf und in die linke Schulter ausstrahlten. Der übrige Neurostatus sei weitgehend normal (Urk. 11/189 S. 13). Weiter führte Dr. H. \_\_\_\_, aus, der heutige Zustand sei ohne psychiatrische gutachterliche Stellungnahme nicht zu verstehen. Die körperlichen Befunde allein könnten die Fehlhaltung des Kopfes und das aktuelle Beschwerdebild nicht erklären. Eine wesentliche psychische Komponente sei zu vermuten. Neben einer Depression denke er auch an ein gewisses dissoziatives Verhalten. Im jetzigen Zustand sei der Beschwerdeführer auf keinen Fall arbeitsfähig, weder in seinem angestammten Beruf als Automonteur, noch in einem irgendwie gearteten Verweisberuf (Urk. 11/189 S. 14).

3.6 Dr. med. I. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, leitender Arzt der Klinik F. \_\_\_\_, kam in seinem Bericht vom 14. Februar 2006 (Urk. 11/225) zu folgender Beurteilung: Im Vordergrund der klinischen Präsentation stehe eine ganz ungewöhnliche Fehlhaltung des Kopfes, die auf der Ebene einer averbalen Kommunikation ausserordentlich auffällig und plakativ wirke und weit ausserhalb dessen sei, was man bei Patienten mit HWS-Distorsion üblicherweise an Krankheitsverhalten sehe. Der Beschwerdeführer habe im Verlauf seit dem Unfall offensichtlich eine depressive Episode durchgemacht, die wahrscheinlich vom Schweregrad her mittelgradig gewesen sei. Aktuell und offenbar seit einiger Zeit sei er nicht mehr depressiv. Auch fänden sich keine Anzeichen einer psychotraumatologischen Störung oder einer anderen

Angststörung. Auch bestanden keine Verkehrsängste; im Gegenteil beschäftigte sich der Beschwerdeführer in teils adoleszenter anmutender Weise mit Liebhabereien aus dem Gebiet des Autofahrens. Die gezeigte Fehlhaltung kontrastiere demnach in auffälliger Weise mit der Affektlage des Beschwerdeführers der in verschiedener Hinsicht zwar regrediert und unreif, aber auch relativ unbetroffen, wenig leidend und teilweise durchaus still vergnügt wirken könnte. Ebenfalls auffällig seien seine Angaben über ein "plötzliches Umklappen" der Kopfhaltung infolge von Schmerzen im Nacken beziehungsweise am vorderen Ansatz der Halsmuskulatur, das alternierend (einem Lichtsignal vergleichbar) und ohne äusseren Anlass eintrete. Das Ganze verdichte sich somit gemäss dem klinischen Eindruck zum Bild einer Konversionsstörung aufgrund dieser klinischen Merkmale (und nicht einfach als psychosomatische Ausschlussdiagnose). Wahrscheinlich sei das Schmerzgeschehen zum Teil auch konversiver Natur. Es sei - wie so häufig - nicht mit genügender Klarheit gelungen, die Psychodynamik und den symbolischen Gehalt der Fehlhaltung beziehungsweise des konversiven Schmerzanteils zu bestimmen, aber verschiedene Deutungen seien möglich. Eine spezifische vorhergehende beziehungsweise frühere Traumatisierung im Kopf-/Halsbereich (ausser der HWS-Distorsion vom 9. November 2000) habe offenbar nicht stattgefunden. Eine solche frühere Traumatisierung könnte mindestens hypothetisch als Ausgangspunkt für eine solche Symptomatik gedient haben. Aus dem gesamten Verlauf seit dem Unfall heraus sei es jedoch wahrscheinlicher, dass sich die Konversionssymptomatik gleichsam auf die "Bresche in der Integrität" aufgefropft habe, die durch den Unfall vom 9. November 2000 "geschlagen" worden sei. Massgeblich seien dabei wahrscheinlich Einflüsse von Beziehungsschwierigkeiten aus dem ehelichen Umfeld und infolge möglicher subjektiver Überforderung des noch in vieler Hinsicht unreif wirkenden Beschwerdeführers mit seiner Vater- und Ernährerrolle und als Ehemann einer recht temperamentvollen und durchsetzungsfähigen Ehefrau. Es liege in gewisser Hinsicht nahe, dass die offensichtliche Fehlhaltung, die auch die Botschaft vermitteln könnte, er "lasse den Kopf hängen" oder an ein "geschlagenes Tier" erinnere, den Beschwerdeführer auch gegenüber seinem eigenen Empfinden jeder Verantwortung enthebe, indem er so als bedauernswert und inkompetent erscheine. Allerdings finde offenbar ein Wechsel sowohl der Kopfhaltung als auch in seinem sozialen Verhalten (Diskobesuch!) statt, wobei über den Kontext dieses Wechsels, der nach seinen Angaben laufend, fast täglich immer wieder stattfindet, wenig Klarheit habe geschaffen werden können. Es handle sich eindrucksmässig somit um eine psychische Störung, im Rahmen derer sowohl bewusstseinsferne Elemente im Sinne eines primären Leidensgewinns, wie wahrscheinlich auch sekundäre Vorteile im Sinne eines bewussten sekundären Leidensgewinns bestanden. Die Störung sei aber für den Beschwerdeführer wahrscheinlich mehrheitlich in ihrem Wesen nicht bewusst zugänglich oder von ihm bewusst steuerbar. Es bestehe somit aus psychiatrischer Sicht doch mit klar überwiegender Wahrscheinlichkeit ein erheblicher psychiatrischer Krankheitswert dieser gemischten Konversionsstörung (ICD-10: F44.7), was den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht vorläufig weitgehend (beziehungsweise voll) arbeitsunfähig mache (Urk. 11/225 S. 10 f.).

3.7. Im Rahmen der stationären Abklärung in der Klinik F. (vgl. Bericht vom 7. März 2006; Urk. 11/226) erhob Dr. med. J., Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, leitender Arzt, folgende zusammenfassenden Diagnosen (Urk. 11/226 S. 14 f.):

"A. HWS-Distorsionstrauma nach Auffahrkollision am 9. November 2000

- mit Entwicklung eines chronischen cervikovertebralen und cervikocephalen Schmerzsyndromes linksbetont, Spannungskopfschmerzen sowie gehäuften Migräneattacken; subjektiv Angaben von Tinnitus beidseits, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen sowie Schwindelsensationen; lumbovertbrale Beschwerden im Rahmen der Haltungsinsuffizienz und Fehlhaltung

- 2 Jahre nach Unfall Entwicklung von Kopffehlhaltung und Fehlhaltung des gesamten Oberkörpers im Rahmen einer Konversionsstörung (ICD-10: F44.7)

B. Auffahrkollision am 30.06.2005 mit vorübergehender Schmerzverstärkung der vorbestehenden HWS-Beschwerden, aber ohne richtungsgebende Veränderungen des Beschwerdebildes vom Auffahrereignis von 2000

C. Knie-Distorsion links am 31.07.2005

- Arthroskopie im Oktober 2005 mit Teilmeniskektomie (Spital K.\_\_\_\_) mit normalem postoperativem Verlauf

D. Schnittverletzung am linken Mittelfinger am 09.10.2005 mit normalem Heilungsverlauf"

Im Übrigen gelangte Dr. J.\_\_\_\_ zum Schluss, rein aus somatischer Sicht beständen auch jetzt keine neuen Gesichtspunkte und er gehe davon aus, dass beim Unfallereignis vom 9. November 2000 wahrscheinlich keine erheblichen somatischen Schäden entstanden seien. Es seien deshalb auch unfallkausal somatisch keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu postulieren. Sicher wäre der Beschwerdeführer einsetzbar im Rahmen einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit; sein aktuelles Funktionsbild sei aber derart eingeschränkt, dass er sich selber überhaupt nicht arbeitsfähig sehe. Die ermittelten Funktionswerte, sei es bei der ärztlichen Untersuchung oder auch in der Physiotherapie, liessen keine Aussage zu. Der Beschwerdeführer lasse sich weder untersuchen, noch lasse er sich therapeutisch führen (Urk. 11/226 S. 13 f.).

3.8 Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Aktengutachten vom 23. September 2006 (Urk. 11/251/2) aus, dass nach dem Unfall vom 9. November 2000 keine Konversionsstörung aufgetreten sei, sondern - bedingt durch den Unfall und dessen Folgen - eine depressiv gefärbte Anpassungsstörung, also eine Depression. Diese habe dann aber im Verlaufe der Zeit vollständig zum Abklingen gebracht werden können. Die Konversionsstörung des Beschwerdeführers sei erst im Gefolge der Rehabilitation in der Klinik E.\_\_\_\_ aufgetreten und habe offensichtlich im subjektiven Erleben des Beschwerdeführers (und auf dieses komme es bei der Ursache und der Entstehung der Konversionsstörung an) an die Behandlung mit diesem "Taping" angeknüpft. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit diesem mehr oder weniger elastischen Verband, der seine Gelenke teilweise immobilisiert habe, in eine bestimmte Körperhaltung "gezwungen" worden sei, was ihm dann auf der unbewussten Ebene als Symbolisierung für die "Zwänge" gedient habe, die Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht beschrieben habe, die Beziehungsschwierigkeiten und die mögliche subjektive Überforderung mit seiner Vater- und Ernährerrolle und als Ehemann. Aus diesen psychosozialen "Zwängen" könne er sich nicht befreien, und er stelle sie dann mit seinem Körper symbolisch dar. Man könne einen solchen

Zusammenhang selbstverständlich nicht naturwissenschaftlich beweisen, aber der symbolische Ausdruck der Konversionsstörung, der in jedem Fall vorhanden sei, sei hier in dieser Form wahrscheinlich schon gegeben. Zusammengefasst hätte der Unfall und dessen direkte Folgen beim Beschwerdeführer wahrscheinlich keinen Anteil an der Entstehung der Konversionsstörung. Aber die lege artis durchgeführte Behandlung sei durch den Beschwerdeführer unbewusst zum Anlass genommen worden, seine vielfältigen unfallunabhängigen psychischen Konflikte und Mängel symbolisch auszudrücken (Urk. 11/251/2 S. 4 f.).

#### E. 4

4.1 Zunächst ist festzuhalten, dass nach Lage der medizinischen Akten kein relevantes unfallbedingtes organisches Substrat gefunden werden konnte, welches die weiterhin geklagten Beschwerden zu erklären vermöchte (vgl. unter anderem Urk. 11/226 S. 13 unten). Insbesondere können die zum Teil festgestellten Verletzungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 25. Juli 2007, U 328/06, Erw. 5.1.3 und 5.2, mit Hinweisen). Im Gegensatz zu somatisch ausgewiesenen Gesundheitsschädigungen nach Unfall, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (vgl. Erw. 1.4.3 hiervor), hat demnach eine spezielle Adäquanzbeurteilung zu erfolgen.

4.2 Aufgrund der Akten ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer beim Auffahrunfall vom 9. November 2000 eine Distorsion der HWS in Form eines so genannten Schleudertraumas erlitten hat. Im Anschluss an den Unfall hat sich denn auch innerhalb der Latenzzeit von höchstens 72 Stunden teilweise das typische Beschwerdebild (Beschwerden in der Halsregion und an der HWS in Form von Kopf- und Nackenschmerzen [vgl. SUVA-Bericht vom 31. Januar 2001; Urk. 11/9 S. 2]) gezeigt, was praxistypisch für die Annahme eines Schleudertraumas genügt (SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75 Erw. 5, U 215/05). Später traten auch Konzentrationsprobleme (Urk. 11/49), Schwindel (Urk. 11/52), Müdigkeit (Urk. 11/98, 11/119) und Depressivität (Urk. 11/126) auf. Der Nachweis, dass die anlässlich des Unfalles vom 9. November 2000 erlittene HWS-Distorsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinerlei natürlich ursächliche Bedeutung mehr für die noch bestehenden Beschwerden in Form eines chronischen cervikovertebralen und cervikocephalen Schmerzsyndroms linksbetont (vgl. Urk. 11/226 S. 14) zukommt, lässt sich aufgrund der Akten nicht erbringen (vgl. auch Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 4. Juli 2005 [Urk. 11/189 S. 15 Frage 3.1]).

4.3 Bezüglich der für die Adäquanzbeurteilung notwendigen Abgrenzung der Anwendung von BGE 117 V 359 Erw. 6 (Schleudertrauma-Praxis) und BGE 115 V 133 ff. (Praxis zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen) ist Folgendes zu beachten: Die typische Symptomatik nach Schleudertrauma (und äquivalenten Verletzungen) weist organische und psychische Komponenten auf wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, neurologische Defizite (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Müdigkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung (BGE 117 V 359 Erw. 4b). Daher erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach Distorsionen der Halswirbelsäule (ohne nachweisbare organische Unfallfolgeschäden) grundsätzlich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 Erw. 6a und 369 Erw. 4b mit ihrer fehlenden Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden. Kann

hingegen nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild - das heisst von einem komplexen Gesamtbild unfallbedingter psychischer Beschwerden und ebenfalls unfallkausaler organischer Störungen - gesprochen werden, hat die Prüfung der adäquaten Kausalität praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 ff. zu erfolgen. Dieses Vorgehen greift Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten sind oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (vgl. BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, BGE U 394/06 vom 19. Februar 2008, Erw. 2.1, je mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gleiches gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht zum typischen, depressive Entwicklungen einschliessenden (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360; Plädoyer 2003 Nr. 3 S. 61, U 335/02) Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören, sondern vielmehr als eine selbstständige, sekundäre - mithin von blossen (Langzeit-)Symptomen der anlässlich des Unfalls erlittenen HWS-Distorsion zu unterscheidende - Gesundheitsschädigung zu qualifizieren sind, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 E. 2b, U 96/00). Würden psychische Beschwerden, die im Anschluss an einen Unfall mit Distorsionsverletzung der HWS auftreten, ungeachtet ihrer Pathogenese stets nach den Kriterien gemäss BGE 117 V 359 E. 6a S. 366 auf ihre Adäquanz hin überprüft, bestünde die Gefahr, identische natürlich kausale psychische Unfallfolgen adäquanzrechtlich allein deshalb unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob beim Unfall zusätzlich eine Distorsionsverletzung der HWS oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus auftrat oder nicht, was nicht angeht (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 27 E. 2.2 und 4.2.2, U 277/04).

#### 4.4 Ä Ä Ä Ä

4.4.1 Ä Ä Die verfügbaren medizinischen Akten lassen den Schluss nicht zu, dass die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz aufwies. Erst Dr. med. M. \_\_\_\_, prakt. Arzt, sprach in seinem Bericht vom 27. Februar 2002 von einer reaktiven Depression mit Trauer-Wutemotionen (Urk. 11/47). Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_, vom 2. Mai 2003 wurde differentialdiagnostisch der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung geäussert (Urk. 11/119 S. 3). Im Bericht des gleichen Spitals vom 22. Juli 2003 wurde dann eine leichte depressive Episode diagnostiziert (Urk. 11/126 S. 1). Im September 2003 begab sich der Beschwerdeführer in psychiatrische Behandlung bei Dr. G. \_\_\_\_, der mit Bericht vom 30. August 2004 eine mittelschwere depressive Störung diagnostizierte (Urk. 11/155). Dr. I. \_\_\_\_, erachtete den Beschwerdeführer im Februar 2006 als nicht mehr depressiv (Urk. 11/225 S. 10).

4.4.2 Ä Ä Es kann offen gelassen werden, ob die depressive Entwicklung als blosses Begleitsymptom der HWS-Problematik einzustufen ist, wie sie nach entsprechender Verletzung typisch ist (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Tatsache ist jedenfalls, dass die psychische Problematik in Form einer gemischten Konversionsstörung spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. I. \_\_\_\_, im Februar 2006 - wahrscheinlich aber bereits deutlich früher - eindeutig im Vordergrund stand. Dieser erachtete den



4.6.2.2. Das Unfallereignis vom 9. November 2000 war unbestritten ermassen weder von einer besonderen Eindringlichkeit noch war es mit besonders dramatischen Begleitumständen verbunden. Die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen sind im Weiteren nicht als derart schwer oder besonders zu qualifizieren, als dass sie erfahrungsgemäss geeignet gewesen wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zumal bei der Adäquanzbeurteilung nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140 das erlittene Schleudertrauma der HWS als besondere Art der erlittenen Verletzung ohnehin ausser Betracht fällt.

4.6.3. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung der Unfallfolgen ist, soweit es die aus objektivierbaren Gründen notwendigen Behandlungen betrifft, ebenfalls zu verneinen. Die Behandlung richtete sich bald vor allem darauf, die im Hinblick auf physische Unfallfolgen nicht erklärbaren andauernden Beschwerden zu ergründen und zu lindern. Dieses Kriterium ist zudem nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht gegeben. Bei einem Schleudertrauma der HWS gilt eine zwei bis dreijährige Behandlung als noch im üblichen Rahmen liegend. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbehandlung allein genügen diesen Anforderungen nicht (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04). Im vorliegenden Fall erfolgte die Behandlung - abgesehen von stationären Aufenthalten zwecks Rehabilitation und Abklärung in der Klinik E. und in der Klinik F. - ausschliesslich ambulant und erschröpfte sich im Wesentlichen in der Abgabe von Medikamenten sowie in Physiotherapie. Die medizinische Behandlung der körperlichen Verletzungen war spätestens nach Ablauf von drei Jahren abgeschlossen und die psychischen Beschwerden in Form der Konversionsstörung traten in den Vordergrund.

4.6.4. Weil es an erheblichen organischen Befunden fehlte und die geltend gemachten Beschwerden im Verlauf der Zeit immer stärker psychisch überlagert waren, kann schliesslich auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise als erfüllt gelten, zumal auch immer wieder Perioden praktischer Beschwerdefreiheit bestanden, in denen der Beschwerdeführer ohne Weiteres seinen Freizeitbeschäftigungen (wie Disko- oder Pubbesuch mit Kollegen; Fischen; Spielen mit ferngesteuerten Autos [vgl. Urk. 11/225 S. 4 ff.]) nachgehen konnte. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist sodann nicht ersichtlich. Ob die vom Beschwerdeführer kritisierte Anordnung des Tragens eines Halskragens nach heutiger medizinischer Auffassung als kontraindiziert zu betrachten ist, kann dahingestellt bleiben, weil jedenfalls nichts dafür spricht, dass die Unfallfolgen im vorliegenden Fall dadurch (erheblich) verschlimmert wurden, zumal der Heilungsverlauf in der Anfangsphase nicht ungewöhnlich war. Das Gleiche gilt für die in der Beschwerde erhobene Vorwürfe an die Ärzte der Klinik E., die in keiner Weise belegt sind. In Bezug auf die somatischen Beschwerden kann sodann auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen gesprochen werden.

4.6.5 Nach dem Unfall war der Beschwerdeführer während rund zweieinhalb Monaten zu 100 % und anschliessend während rund dreieinhalb Monaten zu 50 % arbeitsunfähig; ab 9. Mai 2001 wurde ihm wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 11/30 S. 2 f.). Zwar kam es in der Folge immer wieder zu unregelmässig auftretenden Arbeitsunterbrechungen (Urk. 11/46, 11/51), doch konnten keine objektiven, pathologischen Befunde erhoben werden. Im Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ wurde für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit (weiterhin) eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 11/98 S. 2). Soweit im weiteren Verlauf erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit eintrat, müssen hierfür in erster Linie die psychischen Beschwerden verantwortlich gemacht werden, die die somatischen Einschränkungen überlagerten und schliesslich ganz in den Hintergrund drängten. Unter diesen Umständen ist das Kriterium der nach Grad und Dauer erheblichen physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt.

4.7 Zusammenfassend ergibt sich, dass weder ein einzelnes der von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien in ausgeprägter Form noch mehrere Kriterien in gehäufte Weise gegeben sind, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist. Die Einstellung der Versicherungsleistungen durch die Beschwerdegegnerin ab 1. September 2006 ist somit nicht zu beanstanden. Unter diesen Umständen konnte der beantragten Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung beziehungsweise dem Gesuch um Erlass von vorsorglichen Massnahmen nicht stattgegeben werden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Adrian Willimann
  - Rechtsanwalt Mathias Birrer
  - Bundesamt für Gesundheit

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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