

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00144 vom 12. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00144

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00144 du 12 septembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00144 del 12 settembre 2008

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, gestützt auf drei vorliegende Gutachten sei erstellt, dass aufgrund des Unfalls vom 30. April 2000 keine somatischen Beeinträchtigungen bestanden, welche über die aus dem Unfall von 1997 entstandenen - und mit der laufenden Rente erfassten - hinausgingen. Eine psychiatrische Abklärung sei nicht erforderlich, da die Adäquanzkriterien gemäss BGE 115 V 133 nicht erfüllt seien (Urk. 2 S. 3).

2.2. Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, die erstellten Gutachten seien dürftig verfasst und mangelhaft (Urk. 1 S. 10 Ziff. 33); dementsprechend brachte er zahlreiche Kritikpunkte vor (Urk. 1 S. 10 ff. Ziff. 34-86). Die Adäquanz sei gemäss BGE 117 V 359 zu prüfen, denn die zum typischen Beschwerdebild nach erlittener Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) gehörenden Beeinträchtigungen seien im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik nicht in den Hintergrund getreten (Urk. 1 S. 31 f. Ziff. 93 ff.). Es liege ein Unfall im mittleren Bereich vor und die Kriterien der körperlichen Dauerschmerzen, der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls und der ungewöhnlich langen Behandlungsdauer seien erfüllt, weshalb die Adäquanz zu bejahen sei (Urk. 1 S. 32 Ziff. 96).

E. 3

3.1. Am 30. April 2000 war der Beschwerdeführer mit seinem Fahrzeug auf einer Autobahn in B. ___ unterwegs. In seiner handschriftlich ausgefüllten Unfallmeldung gab er an, in einem Tunnel seien mehrere Autos zusammengestossen, worauf er diese angestossen (tamponato) habe (Urk. 8/Z1 Ziff. 6). Im entsprechenden Polizeirapport (Urk. 10/ZA1) hiess es, ein PW-Lenker habe die Herrschaft über sein Fahrzeug verloren, habe die Tunnelwand touchiert und sei zum Stehen gekommen; zwei weitere Fahrzeuge seien mit diesem kollidiert und ein viertes Fahrzeug auf der Überholspur sei in die bereits stehende Kolonne aufgefahren (vgl. Urk. 10/ZA4).

Der Beschwerdeführer konnte gemäss seinen am 14. Januar 2003 gemachten Angaben mit seinem allerdings beschädigten Wagen die Ferienfahrt nach B. ___ noch beenden, verbrachte die Woche in B. ___ und fuhr anschliessend in die Schweiz zurück. Zirka 2-3 Tage nach dem Unfallereignis seien Nackenschmerzen aufgetreten; am 5. Mai 2000 erfolgte in der Schweiz die erste Arztkonsultation (Urk. 9/ZM16 S. 2 oben).

Am 25. September 2000 schilderte der Beschwerdeführer den Unfallhergang so, dass er sein Fahrzeug noch habe zum Stillstand bringen können, bevor es von hinten zur Auffahrkollision gekommen sei; er schätze die Geschwindigkeit des

auffahrenden Fahrzeugs auf 70-90 km/h. Auf die eigentliche Auffahrkollision sei er allerdings nicht gefasst gewesen (Urk. 8/Z9 = Urk. 3/4).

3.2 Am 5. Mai 2000 konsultierte der Beschwerdeführer Dr. med. C.____, der in seinem Zeugnis vom 25. Mai 2000 als Unfallschilderung des Beschwerdeführers einen Auffahrunfall in Massenkarambolage 30.4.00 in einem Tunnel, mit Nackenschmerzen angab (Urk. 9/2ZM2 Ziff. 2). Dr. C.____ nannte als Diagnose eine HWS-Distorsion und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % für voraussichtlich drei Wochen (Urk. 9/2ZM2 Ziff. 5 und 8).

Im Folgezeugnis vom 11. Juli 2000 berichtete Dr. C.____ über einen stabilen Verlauf unter Physiotherapie und bezeichnete eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit als möglich (Urk. 9/2ZM3 Ziff. 1b). Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall 50 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/2ZM3 Ziff. 4); er rechne mittelfristig mit dem Status quo ante (Urk. 9/2ZM3 Ziff. 8).

Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin, nannte in seinem Überweisungsschreiben vom 14. August 2000 an Dr. med. E.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, als Diagnose ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom (Urk. 9/2ZM4).

Dr. E.____ berichtete am 30. Oktober 2000, er behandle den Beschwerdeführer seit 31. August 2000 alle 4 Wochen (Urk. 9/2ZM5 Ziff. 5). Als Diagnosen nannte er ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Status nach direktem Trauma 1997 und ein cervicocephales Syndrom bei Status nach indirektem HWS-Trauma vom 30. April 2000 (Urk. 9/2ZM5 Ziff. 1). Er erhob therapieresistente Beschwerden von Seiten der Lendenwirbelsäule (LWS) und der HWS; die Beweglichkeit der HWS sei in allen Richtungen mässig eingeschränkt und endphasig sehr schmerzhaft (Urk. 9/2ZM5 Ziff. 2). Seit 24. Juli 2000 sei der Beschwerdeführer 60 % arbeitsunfähig (Urk. 9/2ZM5 Ziff. 6). Es seien gegenwärtig keine weiteren Abklärungen vorgesehen; er glaube auch nicht, dass diese etwas nützen würden (Urk. 9/2ZM5 Ziff. 8). Es sei ein chronischer Verlauf zu erwarten (Urk. 9/2ZM5 Ziff. 10).

Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 4. Dezember 2000, sie behandle den Beschwerdeführer seit 29. November 1999 (Urk. 9/2ZM6/1 S. 1 Ziff. 3). Dieser leide seit seinem Unfall vom Juni 1997 an chronischen Rückenschmerzen und in der Folge an depressiver Verstimmung (Urk. 9/2ZM6/1 S. 1 Ziff. 1). Als Diagnose nannte sie - wie bereits in einem Bericht vom 20. Dezember 1999 (Urk. 9/2ZM6/2) - eine schmerzreaktive depressive Entwicklung (Dysthymie, F34.1; Urk. 9/2ZM6/1 S. 1 Ziff. 2). Der Unfall vom 30. April 2000 stehe mit dem Beschwerdebild in keinem Zusammenhang (Urk. 9/2ZM6/1 S. 2 Ziff. 11).

Am 14. Dezember 2000 äusserte sich Dr. C.____ unter anderem zur Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den Unfall von 1997 und den Unfall vom 30. April 2000 (Urk. 9/2ZM7).

3.3 Am 18. Dezember 2000 erstattete Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/1ZM19), nachdem er den Beschwerdeführer am 8. Dezember 2000 untersucht hatte (Urk. 9/1ZM19 S. 1 unten). Dr. G.____ hielt anamnestisch unter anderem fest, der Beschwerdeführer habe am 20. (richtig: 30.) April 2000 bei einer Auffahrkollision eine Distorsion der HWS erlitten,

welche jedoch keine richtungsändernde Verschlechterung mit sich gebracht habe (Urk. 9/1ZM19 S. 3 oben). Es bestanden nach wie vor Beschwerden im thoraco-lumbalen Übergang, namentlich bandförmige, zum Brustbein hin ausstrahlende Schmerzen. Oftmals trete bei Anstrengung ein leichter Schwindel wie auch eine Benommenheit auf. Die Nachtruhe sei oft gestört. Das Innehalten jeder Körperposition über 20-30 Minuten bereite Beschwerden (Urk. 9/1ZM19 S. 3). Als Diagnosen nannte Dr. G. ein invalidisierendes, residuelles posttraumatisches Thoraco-Lumbovertebralsyndrom und eine depressive Entwicklung bei chronischem Schmerzsyndrom; als unfallfremd (bezogen auf den Unfall von 1997) nannte er ferner ein behandeltes Cervico-Thoraco-Lumbovertebralsyndrom zwischen 1988 und 1994 und einen Status nach HWS-Distorsion nach Auffahrkollision am 20. (richtig: 30.) April 2000 (Urk. 9/1ZM19 S. 6). Die resultierende Arbeitsunfähigkeit bezifferte Dr. G. mit 50 % (Urk. 9/1ZM19 S. 8 f. Ziff. 8.1-2).

3.4 Nach Zwischenberichten vom 28. März und 6. August 2001 (Urk. 9/2ZM11-12) führte Dr. C. am 9. Juli 2002 aus, nach seiner bisherigen Beobachtung schein ihm eine namhafte Besserung nicht mehr zu erwarten. Der Beschwerdeführer habe ausgeprägte zervikale Beschwerden, eine Cervicocephalea, mit neurovegetativer, neuropsychologischer und psychoreaktiver Symptomatik. Medikamente und Therapien halfen, den Zustand zu erhalten (Urk. 9/2ZM12).

Am 6. August 2002 berichtete Prof. Dr. med. H., Leitender Arzt Schmerzzentrum, I. Klinik, über die ambulante Kontrolle in der Schmerzprechstunde vom 5. August 2002: Im eigentlichen Sinn sei ein Endzustand insofern erreicht, als die Befindlichkeit des Beschwerdeführers mehr oder weniger gleich sei mit intermittierend sich verstärkenden Kopfschmerzen. Von weiteren Behandlungen sei höchstens eine Aufrechterhaltung der Befindlichkeit auf dem jetzigen Niveau zu erwarten (Urk. 9/2ZM13).

Am 16. September 2002 führte Dr. E. aus, er sei mit dieser Beurteilung im grossen und ganzen einverstanden (Urk. 9/2ZM15 oben). Allerdings sei es beim Absetzen von Behandlungen immer zu Exazerbationen gekommen. Es sei für ihn als behandelnder Arzt ausserordentlich schwierig, sämtliche Therapien abubrechen, wenn der Beschwerdeführer über Beschwerden klage (Urk. 9/2ZM15 Mitte). Bei der letzten Kontrolle habe der Beschwerdeführer zusätzlich über Nausea und Magenbeschwerden geklagt, so dass er ihn deswegen habe behandeln müssen (Urk. 9/2ZM15 unten).

3.5 Am 12. März 2003 erstattete Dr. med. J., FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, nach am 14. Januar 2003 erfolgter Untersuchung ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/2ZM16). Als vom Beschwerdeführer geklagte Hauptbeschwerden nannte sie Dauerkopfschmerzen sowie Augenprobleme und Magenbeschwerden (Urk. 9/2ZM16 S. 2 unten). Sie stellte folgende Diagnosen (Urk. 9/2ZM16 S. 4):

- panvertebrales Schmerzsyndrom vorwiegend myofaszialer-weichteil-rheumatischer Natur bei muskulärer Dysbalance
- cervico-cephales und cervikales Schmerzsyndrom bei muskulärer segmentaler Dysbalance mit rezidivierenden Blockierungen bei Status nach Unfallereignis vom 11. Juli 1997 sowie Auffahrunfall vom 30. April 2000

- zunehmende Entwicklung einer psycho-vegetativen Begleitsymptomatik mit depressiver Entwicklung

Die zur Zeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien zum grössten Teil auf den Unfall von 1997 zurückzuführen (Urk. 9/2ZM16 S. 4 unten). Bezüglich des Unfalls vom 30. April 2000 sei eine bleibende Verschlechterung respektive Erhaltung der bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % ihres Erachtens nicht zu postulieren (Urk. 9/2ZM16 S. 4 f.). Von einer Behandlung sei ihres Erachtens nun bald 3 Jahre nach dem zweiten Unfallereignis keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (Urk. 9/2ZM16 Ziff. 6.1). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wirkten nach einem Zeitintervall von gut 2 Jahren, mithin ab Frühjahr/Sommer 2002 die unfallfremden Ursachen beziehungsweise der Vorzustand (Urk. 9/2ZM16 Ziff. 6.2).

Die nach dem Unfall vom 30. April 2000 attestierte Arbeitsunfähigkeit von bis zu 70 % dürfte der vorübergehenden Verschlechterung durch dieses Ereignis entsprochen haben. Ab Sommer 2002 sei die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Coiffeur wieder mit 50 %, also gleich hoch wie vor dem zweiten Unfallereignis, einzustufen. Sollte von behandelnden Ärzten eine hohere Arbeitsunfähigkeit als 50 % attestiert werden, so würde sich die Arbeitsunfähigkeit über 50 % auf die Vorzustände beziehungsweise die unfallfremden Erkrankungen beziehen (Urk. 9/2ZM16 S. 6 Ziff. 7.2).

Für eine körperlich nicht belastende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Positionswechsel von Sitzen/Gehen/Stehen und ohne Arbeiten über Kopf, ohne Arbeiten in vorgebeugter Stellung sowie ohne Heben und Tragen schwererer Lasten betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit höchstens 10-15 % (Urk. 9/2ZM16 S. 7 Ziff. 8.2).

Am 2. Juli 2004 erstattete Prof. Dr. med. K., FMH Neurologie, Oberarzt Neurologische Klinik L., ein neurologisches Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/2ZM15), nachdem er den Beschwerdeführer am 12. Juni 2004 untersucht hatte (Urk. 9/2ZM15 S. 1 unten).

Prof. K. referierte die ihm überlassenen Akten (Urk. 9/2ZM15 S. 2-10), die von ihm erfragten Angaben des Beschwerdeführers bezüglich Anamnese und Beschwerden (Urk. 9/2ZM15 S. 11 ff.), die von ihm erhobenen Befunde (Urk. 9/2ZM15 S. 13 f.). Sodann gab er seine Beurteilung ab (Urk. 9/2ZM15 S. 14-18) und beantwortete die Fragen, welche ihm die Beschwerdegegnerin (Urk. 9/2ZM15 S. 18-22) und der Beschwerdeführer (Urk. 9/2ZM15 S. 22 ff.) unterbreitet hatten.

Als vom Beschwerdeführer genanntes Hauptproblem führte Prof. K. Kopfschmerzen und dabei ebenfalls auftretende Magenbeschwerden und Konzentrationsschwäche an (Urk. 9/2ZM15 S. 12 Ziff. 1). Sodann erwähnte er in der Intensität wechselnd ausgeprägte Nackenschmerzen, typischerweise bestehende Magenschmerzen und besonders bei Situationswechseln auftretende Schwindelgefühle (Urk. 9/2ZM15 S. 12 f. Ziff. 2). Schliesslich erwähnte er seit dem Unfall von 1997 auftretende rezidivierende thorakolumbale und lumbosakrale Rückenschmerzen (Urk. 9/2ZM15 S. 13 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung bezeichnete Prof. K.____ die lange Latenzzeit zwischen dem Unfall und der ersten Ärztlichen Untersuchung als bemerkenswert (Urk. 9/2ZM15 S. 14 unten). Die Beschreibung der bis zum 30. Oktober 2000 erhobenen Befunde lasse auf eine gewisse Besserung schliessen. Heute fänden sich in der Untersuchung kaum noch Hinweise auf ein Cervikalsyndrom (Urk. 9/2ZM15 S. 15). Die HWS-Beweglichkeit sei allseits altersentsprechend, wobei keine nennenswerten Schmerzen aufträten, dies mit Ausnahme einer Druckdolenz im Bereich des linken Trapeziusrandes (Urk. 9/2ZM15 S. 15 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die heute vom Beschwerdeführer ins Zentrum gerückten Kopfschmerzen seien erstmals 7 Monate nach dem Unfall im Bericht von Dr. F.____ erwähnt worden; der erstbehandelnde Dr. C.____ habe keine Kopfschmerzsymptomatik erwähnt. Im Zeitpunkt der heutigen Untersuchung bestehe kein wesentlicher Kopfschmerz (Urk. 9/2ZM15 S. 16 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu beachten sei die wechselhafte Ausprägung der Befunde, was die auffallend gegensätzliche Beurteilung durch die beteiligten Ärzte erklären möge. Auch wenn gelegentliche Verschlechterungen der Beschwerden berücksichtigt würden, seien die heute bestehende cervikale Symptomatik als diskret und die Kopfschmerzen als leichtgradig einzuschätzen (Urk. 9/2ZM15 S. 16 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Hinweis auf die dafür und dagegen sprechenden Aspekte bezeichnete Prof. K.____ eine natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 30. April 2000 und den heutigen Kopfschmerzen als allenfalls möglich (Urk. 9/2ZM15 S. 17 f.). Eher wahrscheinlich handle es sich um eine nicht als unfallkausal anzusehende Symptomausweitung nach dem Trauma (Urk. 9/2ZM15 S. 18 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als zusätzliche Diagnose aufgrund des Unfalls vom 30. April 2000 nannte Prof. K.____ (Urk. 9/2ZM15 S. 19 Ziff. 4):

- leichtes, im Verlauf regredientes cervikales Schmerzsyndrom. Kopfschmerzen möglicherweise im Rahmen des cervikalen Schmerzsyndromes (differentialdiagnostisch unfallfremde Kopfschmerzen wahrscheinlicher)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend Erreichen des Vorzustandes erklärte Prof. K.____, der Beschwerdeführer leide unter rezidivierenden cervikalen Schmerzen und Kopfschmerzen; die Hauptbeschwerden seien dabei die Kopfschmerzen, welche wahrscheinlich psychodynamischen Ursprungs seien. Seit wann dies so sei, könne retrospektiv aufgrund divergenter Vorbeurteilungen nicht entschieden werden (Urk. 9/2ZM15 S. 20 Ziff. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von einer weiteren Behandlung sei keine weitere Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten; sie sollte allerdings trotzdem durchgeführt werden, um eine sekundäre Verschlechterung zu verhindern (Urk. 9/2ZM15 S. 20 Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Durch den Unfall vom 30. April 2000 sei keine dauernde Arbeitsunfähigkeit als Coiffeur entstanden. Dies gelte umso mehr, als der Beschwerdeführer wegen des Vorzustandes bereits zu 50 % arbeitsunfähig sei und dementsprechend einen Spielraum habe (Urk. 9/2ZM15 S. 21 Ziff. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus neurologischer Sicht sei durch den Unfall vom 30. April 2000 kein zusätzlicher Integritätsschaden entstanden (Urk. 9/2ZM15 S. 21 f. Ziff. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Frage, ob im Sinne der Rechtsprechung typische Befunde für ein Beschleunigungstrauma der HWS vorliegen, führte Prof. K. ___ aus, cervikale Schmerzen und Kopfschmerzen galten als typische Beschwerden nach Beschleunigungstraumen der HWS; sie könnten jedoch auch andere Ursachen haben. Dies gelte auch für Konzentrationsstörungen, welche hier nur in geringem Masse auftraten und durch die Schmerzen verursacht seien. Weitere „typische“ Beschwerden lägen nicht vor (Urk. 9/2ZM15 S. 23 f. Ziff. 1).

3.7 Ä Ä Ä Dr. C. ___ nahm am 8. September 2004 zu Handen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zum Gutachten von Prof. K. ___ - kritisch - Stellung (Urk. 3/7; auszugsweise zitiert in der Eingabe des Beschwerdeführers vom 29. September 2004, Urk. 8/Z106 S. 3-7). Dabei äusserte er sich insbesondere zur Tauglichkeit der von ihm erstellten funktionellen CT (Urk. 3/7 S. 5 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C. ___ erstellte am 17. November 2004 in Beantwortung eines (nicht aktenkundigen) Schreibens des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers eine nach Diktat entstandene Fassung seiner handgeschriebenen Krankengeschichte (Urk. 9/2ZM18 = Urk. 3/3): Am 5. und 12. Mai 2000 wurden keine Kopfschmerzen festgehalten. Am 16. Juni 2000 hiess es, der Beschwerdeführer habe noch Kopfschmerzen (und weitere Beschwerden). Am 3. Juli 2000 wurden keine Kopfschmerzen festgehalten. Am 28. Juli 2000 hiess es unter anderem „Kopfschmerzen auch bei Inklinations“. In den folgenden Einträgen (28. August, 18. September und 12. Dezember 2000; 19. Januar, 26. Februar, 26. März, 21. Mai, 16. Juli, 7. August, 11. November 2001) wurden diverse Beschwerden, jedoch keine Kopfschmerzen erwähnt. Am 30. November und 21. Dezember 2001 und vermehrt im Jahr 2002 wurden Kopfschmerzen erwähnt.

3.8 Ä Ä Ä Am 19. Oktober 2005 erstattete Prof. Dr. med. M. ___, Chefarzt Neurologische Klinik, Kantonsspital N. ___, ein Obergutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/2ZM19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (Urk. 9/2ZM19 S. 3-7), die anlässlich der Untersuchung vom 13. Oktober 2005 - im Beisein des als Dolmetscher fungierenden Rechtsvertreters des Beschwerdeführers - vom Beschwerdeführer gemachten Angaben (Urk. 9/2ZM19 S. 2 f.) und die von ihm erhobenen Befunde (Urk. 9/2ZM19 S. 7f.). Er formulierte Diagnosen und Beurteilung (Urk. 9/2ZM19 S. 8) und beantwortete die Fragen, die ihm von der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/2ZM19 S. 10-13) und dem Beschwerdeführer (Urk. 9/2ZM19 S. 13 f.) unterbreitet worden waren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. M. ___ stellte folgende Diagnose (Urk. 9/2ZM19 S. 8 Mitte): Ä Ä Ä Ä

- Verdacht auf HWS-Distorsion (mit musculo-skelettalen Zeichen entsprechend Grad II Québec Task Force) am 30. April 2000

- Zustand nach Beckenkontusion bei einem Sturzereignis am 11. Juli 1997

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der aktuellen Untersuchung ergaben sich streng neurologisch keine Auffälligkeiten. Im übrigen Befund fanden sich die Zeichen eines stattgehabten leichten Distorsionstraumas der HWS mit - Verspannungen der oberen nuchalen Muskulatur entsprechenden - druckdolenten Punkten und einer geringen Einschränkung der Rotation der HWS bei normaler Beugung und normalem Kinn-Sternum-Abstand (Urk.

9/2ZM19 S. 9 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend fÄ¼hrte Prof. M.____ aus, er sehe keine Unfallfolgen aus dem Ereignis vom 30. April 2000, die ein rentenberichtendes Ausmass erreichten (Urk. 9/2ZM19 S. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die zusÄ¼tzlichen Beschwerden aufgrund des Verkehrsunfalls vom 30. April 2000 umfassten laut Darstellung des BeschwerdefÄ¼hrers insbesondere Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich des rechten Armes. Eine plausible ErklÄ¼rung, warum der BeschwerdefÄ¼hrer erst 5 Tage nach dem Unfallereignis einen Arzt aufgesucht habe, sei der offensichtlich geplante Besuch im Ferienhaus im O.____. Daraus sei zu schliessen, dass die Beschwerden nach dem Unfallereignis ein Ausmass, das zu unmittelbarem Arztbesuch gezwungen hÄ¼tte, nicht erreicht hÄ¼tten (Urk. 9/2ZM19 S. 10 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Radiologisch erhobene VerÄ¼nderungen der oberen HWS des BeschwerdefÄ¼hrers seien in ihrer Bedeutung sehr umstritten. Es lÄ¼gen keine bildgebenden Befunde vor, die fÄ¼r sich eine Unfallfolge vom 30. April 2000 ausreichend dokumentierten. Klinisch bestehe immerhin eine durch mechanische Reizung und durch Kopfwendungen auslÄ¼sbare Schmerzsymptomatik im Bereich des Nackens. Dies spreche fÄ¼r eine mÄ¼glicherweise unfallbedingte, ganz Ä¼berwiegend funktionelle StÄ¼rung, die bei geeigneter Konstitution eine depressive Stimmungslage verursachen kÄ¼nne und auch die Neigung zur Chronifizierung in sich berge. Seines Erachtens besitze die aktuelle Situation ganz Ä¼berwiegend ihre Ursache in einer psychischen Problematik; die chronifizierten Schmerzen liessen sich durch die neurologischen und musculo-skelettalen Befunde keinesfalls befriedigend erklÄ¼ren (Urk. 9/2ZM19 S. 10 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als zusÄ¼tzliche Diagnose aufgrund des Unfalls vom 30. April 2000 nannte Prof. M.____ den dringenden Verdacht auf posttraumatische AnpassungsstÄ¼rung (Urk. 9/2ZM19 S. 11 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä SpÄ¼testens mit dem Auslaufen des Jahres 2000 sei seines Erachtens ganz Ä¼berwiegend der Status quo ante erreicht gewesen (Urk. 9/2ZM19 S. 11 Ziff. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die vorÄ¼bergehende, zusÄ¼tzlich zu der bereits bestehenden ArbeitsunfÄ¼higkeit als Coiffeur, eingetretene ArbeitsunfÄ¼higkeit bezifferte Prof. M.____ mit 10 % vom 30. April bis 31. Dezember 2000 (Urk. 9/2ZM19 S. 12 Ziff. 6.2). Der BeschwerdefÄ¼hrer sei durch den Unfall vom 30. April 2000 nicht dauerhaft zusÄ¼tzlich in der ArbeitsfÄ¼higkeit eingeschrÄ¼nkt. Der Gesamtzustand entspreche im Ä¼ussersten Fall einer ArbeitsunfÄ¼higkeit von 50 % (Urk. 9/2ZM19 S. 12 Ziff. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der gesamte IntegritÄ¼tsschaden unter Einschluss beider Unfallereignisse Ä¼bersteige keinesfalls 25 % (Urk. 9/2ZM19 S. 12 Ziff. 8).

3.9Ä Ä Ä Ä In einem Schreiben vom 11. November 2005 an den Rechtsvertreter des BeschwerdefÄ¼hrers liess sich Dr. med. P.____, FMH Allgemeine Medizin, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM), vernehmen (Urk. 87/Z129 Beilage = Urk. 3/5): Er machte geltend, es sei die psychoreaktive Dimension des Unfalls bisher nicht berÄ¼cksichtigt worden. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei auf den Aufprall gefasst gewesen, jedoch von einem nachfolgenden Camion bedroht worden und habe Todesangst empfunden. Zwar seien die Kriterien fÄ¼r die Diagnose einer posttraumatischen BelastungsstÄ¼rung nicht vollstÄ¼ndig gegeben, jedoch sei eine AnpassungsstÄ¼rung

(F43.2) nach syndromaler Form der posttraumatischer Belastungsstörung zu diagnostizieren. Aus psychosomatischer Sicht bleibe der Beschwerdeführer zu 70 % arbeitsunfähig. Er empfehle eine fachärztliche psychiatrische Beurteilung der psychoreaktiven Störung.

E. 4

4.1 Die Beweise sind vom Gericht frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen (BGE 125 V 352 E. 3a).

Die vorstehend dargelegten medizinischen Berichte und Gutachten sind in diesem Sinne daraufhin zu prüfen, ob und gegebenenfalls in welchem Sinne sie eine Beantwortung der strittigen Fragen ermöglichen. Wegleitend sind dabei die praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.4), welche medizinische Berichte und Gutachten zu erfüllen haben.

Aus verschiedenen Gründen ist es dabei weder möglich noch erforderlich, auf alle vom Beschwerdeführer erhobenen Einwände einzugehen. Das gilt einmal für Einwände, deren Kritikgehalt nicht wirklich nachvollziehbar ist. So ist etwa nicht einzusehen, inwiefern einem Gutachter daraus ein Vorwurf zu machen wäre, dass im Rahmen der Aktenzusammenfassung auch auf ältere Akten Bezug genommen wird (Urk. 1 S. 11 Ziff. 38), während andererseits die Behauptung, der Gutachter habe es über weite Strecken unterlassen, seine Meinung zu begründen (Urk. 1 S. 25 Ziff. 73), derart pauschal gehalten ist, dass dazu nichts zu sagen bleibt. Gleiches gilt für die zahlreichen Bemerkungen, welche auf sprachliche Nuancen zielen, die für den Sinngehalt der betreffenden gutachterlichen Äusserungen, wie sie hier dargelegt sind (vorstehend Erw. 3), gar nicht von Belang sind. Sodann ist bezüglich der Ausführungen betreffend Funktions-CT (Urk. 1 S. 12-17 Ziff. 39-42) auf die einschlägige Rechtsprechung (vorstehend Erw. 1.5) zu verweisen.

4.2 Ausweislich der Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer am 30. April 2000 im Zusammenhang mit einer Auffahrkollision eine HWS-Distorsion erlitten haben dürfte. Ebenso steht fest, dass er nach dem Unfall die Autofahrt an die geplante Destination fortgesetzt und dort Ferien verbracht hat. Danach hat er die mehrere hundert Kilometer beanspruchende Rückfahrt von O. in die Schweiz absolviert und schliesslich 5 Tage nach dem Unfall erstmals einen Arzt aufgesucht.

Daraus erhellt, dass sowohl das Unfallereignis wie auch die danach aufgetretenen Beschwerden nicht von einer Intensität gewesen sind, welche eine Arztkonsultation sofort oder innert 72 Stunden erfordert hätten. Auch wurden offensichtlich weder die Fähigkeit des Beschwerdeführers zum Auto fahren noch die Benutzbarkeit des Fahrzeugs unmittelbar und nachhaltig beeinträchtigt.

Spätere Schilderungen des Beschwerdeführers, wonach das auffahrende Fahrzeug mit geschätzten 70-90 km/h aufgeprallt sei, erscheinen vor diesem Hintergrund als offensichtlich dramatisiert und unglaubwürdig. Sie sind überdies widersprüchlich, erklärte der Beschwerdeführer doch einerseits am 25. September 2000, er sei auf die Kollision nicht gefasst gewesen (vorstehend Erw. 3.1), während er andererseits gemäss dem Bericht von Dr. P. auf den Aufprall gefasst gewesen sei (vorstehend Erw. 3.9).

4.3 Nach dem Unfall attestierte der behandelnde Dr. C. ___ ursprünglich eine erhöhte Arbeitsunfähigkeit für voraussichtlich drei Wochen; er berichtete von Nackenschmerzen und vorerst einem stabilen Verlauf. Die Überweisung an den Rheumatologen Dr. E. ___ im August 2000 begründete der Allgemeinmediziner Dr. D. ___ ausschliesslich mit dem (vorbestehenden) Lumbovertebralsyndrom. Dr. E. ___ seinerseits nannte dann als zusätzliche Diagnose ein cervicocephales Syndrom.

Im Dezember 2000 führte die Psychiaterin Dr. F. ___ aus, der Unfall vom 30. April 2000 stehe in keinem Zusammenhang mit der von ihr seit November 1999 behandelten schmerzreaktiven depressiven Entwicklung (vorstehend Erw. 3.2). Ebenfalls im Dezember 2000 untersuchte Dr. G. ___ den Beschwerdeführer und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund der Rückenproblematik. Gleichzeitig hielt er fest, die bei der Auffahrkollision vom 30. April 2000 erlittene HWS-Distorsion habe keine richtungsändernde Verschlechterung bewirkt (vorstehend Erw. 3.3).

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Feststellung von Prof. K. ___, im Verlauf des Jahres 2000 sei eine Besserung eingetreten (vorstehend Erw. 3.6), als einleuchtend. Gleiches gilt für die Feststellung von Prof. M. ___, Ende 2000 sei ganz überwiegend ein Status quo ante erreicht gewesen (vorstehend Erw. 3.8). Inhaltlich stimmt dies auch mit der Feststellung von Dr. J. ___ überein, wonach der Unfall vom 30. April 2000 die vorbestehende Arbeitsunfähigkeit nur vorübergehend erhöht habe; lediglich betreffend den genauen Zeitpunkt, in welchem der Status quo ante erreicht war, äusserte sie mit Sommer 2002 eine abweichende Einschätzung.

4.4 Somit stimmen die eingeholten Gutachten dahin überein, dass der Unfall vom 30. April 2000 lediglich eine vorübergehende Beeinträchtigung bewirkt hat. Der Status quo ante war, wenn nicht bereits Ende 2000, jedenfalls im Sommer 2002 wieder erreicht.

Dies deckt sich mit den gutachterlichen Feststellungen zur Arbeitsunfähigkeit: Dr. G. ___ attestierte im Dezember 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausschliesslich aufgrund der Rückenproblematik (vorstehend Erw. 3.3). Dr. J. ___ veranschlagte im März 2003 die vor dem Unfall vom 30. April 2000 bestehende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 50 %; diese sei vorübergehend erhöht worden, betrage jedoch seit Sommer 2002 wieder maximal 50 %. Zudem wies sie darauf hin, dass für leidensangepasste Tätigkeiten eine Einschränkung von höchstens 10-15 % bestehe (vorstehend Erw. 3.5). Prof. K. ___ kam im Juli 2004 ebenfalls zum Schluss, durch den Unfall vom 30. April 2000 sei keine dauernde Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit entstanden; bereits die wegen der Rückenproblematik attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % bringe dem Beschwerdeführer einen erheblichen Spielraum (vorstehend Erw. 3.6). Schliesslich stellte Prof. M. ___ im Oktober 2005 fest, nebst der vorbestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % habe bis Ende 2000 eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit von 10 % bestanden. Eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit habe der Unfall vom 30. April 2000 nicht bewirkt, ebenso wenig eine Integritätsseinbusse über die (bereits entschädigte) Einbusse von 25 % hinaus (Erw. 3.8).

Somit hat gemäss absolut übereinstimmender gutachterlicher Beurteilung der Unfall vom 30. April 2000 nur eine vorübergehende und keine dauernde, im Vergleich zur vorbestehenden zusätzlichen, Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Dabei ist den

Gutachten auch zu entnehmen, dass die wegen der Rückenproblematik attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % als sehr hoch und nicht wirklich nachvollziehbar zu erachten sei.

4.5 Es steht mithin fest, dass im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung (März 2003) der Status quo ante längst erreicht war und dass der Unfall vom 30. April 2000 weder punkto Arbeitsunfähigkeit noch punkto Integritätseinbußen über die bereits zugesprochenen Leistungen hinausgehende Folgen gehabt hat.

Damit erweist sich die erfolgte Leistungseinstellung schon deshalb als gerechtfertigt, weil im fraglichen Zeitpunkt keine leistungsbegründenden Unfallfolgen mehr bestanden.

Dennoch sind, der Vollständigkeit halber, die folgenden zusätzlichen Überlegungen angezeigt.

4.6 Im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung standen die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen im Zentrum.

In den von Dr. C. erstatteten Berichten wurden Kopfschmerzen nicht erwähnt; die entsprechende Feststellung im Gutachten von Prof. K. (vorstehend Erw. 3.6) ist zutreffend. In der später zu den Akten gereichten Krankengeschichte erwähnte Dr. C. in den Jahren 2000 und 2001 vereinzelt auch Kopfschmerzen, ab 2003 regelmäßig (vorstehend Erw. 3.7).

Dr. G. hielt im Dezember 2000 Beschwerden im thoraco-lumbalen Übergang fest; Kopfschmerzen nannte er keine (vorstehend Erw. 3.3).

Dr. J. hielt im März 2003 als vom Beschwerdeführer genannte Hauptbeschwerden Dauerkopfschmerzen sowie Augenprobleme und Magenbeschwerden fest (vorstehend Erw. 3.5).

Prof. K. erachtete im Juli 2004 die Kopfschmerzen, die im Zeitpunkt seiner Untersuchung nicht mehr in wesentlicher Ausprägung vorhanden waren, im Sinne einer Symptomausweitung als psychogenen Ursprungs (vorstehend Erw. 3.6).

Auch Prof. M. fand im Oktober 2005 nur noch eine Schmerzsymptomatik im Bereich des Nackens und erblickte deren Ursache ganz überwiegend in einer psychischen Problematik (vorstehend Erw. 3.8).

Somit bleibt zu prüfen, ob trotz Fehlens objektivierbarer struktureller Läsionen allenfalls ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen Beschwerden und Unfall vorgelegen hat (vorstehend Erw. 1.3).

4.7 Ein sogenannt typisches buntes Beschwerdebild nach HWS-Distorsion liegt nicht vor. Die entsprechende gezielte Frage wurde vom Beschwerdeführer dem Gutachter Prof. K. unterbreitet. Dieser führte dazu aus, cervikale Schmerzen und Kopfschmerzen gälten als typische Beschwerden nach Beschleunigungstraumen der HWS; sie könnten jedoch auch andere Ursachen haben. Dies gelte auch für Konzentrationsstörungen, welche hier nur in geringem Masse auftraten und durch die Schmerzen verursacht seien. Weitere typische Beschwerden lägen nicht vor (vorstehend Erw. 3.6).

Den Ausführungen von Prof. K. ___ lassen sich einerseits gewisse - berechnete - Vorbehalte aus medizinischer Sicht gegenüber dem juristischen Konstrukt des "typischen" Beschwerdebildes entnehmen (vgl. Jürg Jeger, Wie viel Gericht trägt die Medizin? Eine Anfrage, SZS 2008 S. 348 ff., S. 354 oben). Andererseits enthalten sie als klare Antwort auf die gestellte Frage die Feststellung, dass von den Elementen des typischen Beschwerdebildes lediglich eines (cervikale Schmerzen und Kopfschmerzen) plus ein weiteres (Konzentrationsstörungen) in geringem Masse gegeben sei, alle übrigen hingegen nicht.

Somit kommt eine Anwendung der Praxis von BGE 117 V 359 und 134 V 109 klarerweise nicht in Frage. Die Adäquanz ist vielmehr entsprechend BGE 115 V 133 im Sinne psychischer Unfallfolgen zu prüfen, dies insofern zugunsten des Beschwerdeführers, als Dr. F. ___ an sich einen Zusammenhang der von ihr seit 1999 behandelten psychischen Problematik mit dem Unfall vom 30. April 2000 ausgeschlossen hat (vorstehend Erw. 3.2).

Das Unfallereignis ist gestützt auf die vorhandenen Informationen und mangels glaubwürdiger präziser Angaben dem mittleren Bereich zuzuordnen.

Dementsprechend müssen die folgenden Kriterien mehrheitlich - oder eines davon besonders ausgeprägter Weise - erfüllt sein (BGE 115 V 140 Erw. 6c):

- 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

Der Beschwerdeführer postulierte, die Kriterien der körperlichen Dauerschmerzen, der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls und der ungewöhnlich langen Behandlungsdauer seien erfüllt (Urk. 1 S. 32 Ziff. 96).

Ob der Unfall besonders eindringlich gewesen sei, steht nicht fest. Der Beschwerdeführer behauptet dies, jedoch sind seine späteren Schilderungen nicht weiter belegt und nicht unbeschadet zu übernehmen (vorstehend Erw. 4.2). Bleibt ein Umstand beweislos, so geht dies zu Lasten der Partei, welche daraus Ansprüche ableitet, vorliegend also des Beschwerdeführers. Somit ist das Kriterium aus inhaltlichen wie beweisrechtlichen Gründen nicht erfüllt.

Zum Kriterium der Dauerbeschwerden ist zwar belegt, dass der Beschwerdeführer konstant Beschwerden registrierte und angab, so im Dezember 2000 im thoraco-lumbalen Übergang (vorstehend Erw. 3.3), 2001 vor allem zervikal (vorstehend Erw. 3.4), im März 2003 Kopfschmerzen (vorstehend Erw. 3.5), ebenso - vom Gutachter allerdings als wesentlich erachtet - im Juli 2004 (vorstehend Erw. 3.6). Andererseits führte der behandelnde Dr. E. ___ im September 2002 sinngemäss aus,

dass der Beschwerdeführer beim Absetzen einer Behandlung in der Regel neue, eine weitere Behandlung erfordernde Beschwerden angab (vorstehend Erw. 3.4).

Vor diesem Hintergrund lässt sich das Kriterium der Dauerschmerzen als, wenn auch mit Fragezeichen behaftet, erfüllt erachten.

Auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet wurden eine besondere Schwere oder Art der erlittenen Verletzungen, eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte oder ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen. Diese Kriterien sind offensichtlich nicht erfüllt.

Ebenfalls zu Recht machte der Beschwerdeführer nicht geltend, das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sei erfüllt, denn es ist erstellt, dass ab Ende 2000 gar keine auf den Unfall vom 30. April 2000 zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (vorstehend Erw. 4.4).

Somit ist von den massgebenden Kriterien lediglich eines, und dies nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt. Damit ist auch die Frage der Adäquanz klar zu verneinen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass zwischen den Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (März 2003) und dem Unfall vom 30. April 2000 mangels Adäquanz kein rechtsgenügender Kausalzusammenhang bestanden hat, dass im fraglichen Zeitpunkt der Status quo ante längst erreicht war und dass weder eine durch den Unfall vom 30. April 2000 bewirkte Arbeitsunfähigkeit noch eine durch den Unfall vom 30. April 2000 bewirkte Integritätseinbusse bestand.

Für die Beschwerdegegnerin bestand mithin keine weitergehende Leistungspflicht mehr.

Der angefochtene Entscheid ist deshalb nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Dr. Ulrich Kohli und Xavier Dobler
 - Rechtsanwalt Adelrich Friedli
 - Bundesamt für Gesundheit

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.