

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00207 vom 31. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00207

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00207 du 31 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00207 del 31 ottobre 2008

Erwägungen

E. 2

2.1. Dagegen liess X. durch Rechtsanwalt Schätz am 25. April 2007 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, der Beschwerdeführer medizinisch weiter abzuklären und die psychiatrische Behandlung in geeigneter Form weiterzuführen. Bis zum Fallabschluss sei dem Beschwerdeführer das Taggeld weiter auszurichten. Eventualiter seien ihm die gesetzlichen Leistungen (Rente und Integritätsentschädigung) auszurichten. Ferner sei dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Schätz als unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben.

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf, am 24. Mai 2007 um Abweisung der Beschwerde - soweit darauf einzutreten sei - ersucht hatte (Urk. 8 unter Beilage ihrer Akten Urk. 9/1-208), wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 29. Mai 2007 (Urk. 10) geschlossen.

2.3. Mit Schreiben vom 22. Oktober 2007 (Urk. 12) liess der Beschwerdeführer den Arztbericht von Dr. med. N., Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, vom 17. September 2007 (Urk. 11) sowie am 5. Februar 2008 (Urk. 16) die Kostenschätzung von Dr. medic. stom. O. vom 31. Januar 2008 (Urk. 16a) auflegen. Am 14. August 2008 (Urk. 19) wurde der Beschwerdeführer aufgefordert anzugeben, ob er an seinem Gesuch um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtvertreters, festhalte sowie zur präzisierten Rechtsprechung betreffend die Adäquanzprüfung bei Schleudertraumen Stellung zu nehmen. Dieser Aufforderung kam er mit Eingabe vom 2. September 2008 (Urk. 21) nach.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1. 1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Entscheid vom 31. März 2007 einen adäquaten Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 8. April 2003. Ob die psychische Problematik ganz im Vordergrund stehe oder nicht, könne offen bleiben, da auch bei der Anwendung der Schleudertraumapraxis die Adäquanz zu verneinen sei (Urk. 2 S. 4). Im Übrigen sei aus den Akten nicht ersichtlich, dass von weiteren ärztlichen Behandlungen mit Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen wäre, habe das Gutachten des J. doch überzeugend und nachvollziehbar festgehalten, dass aufgrund des inadäquaten Verhaltens des Beschwerdeführers

medizinische Massnahmen kaum umsetzbar seien (Urk. 2 S. 3). Damit sei die angefochtene Verurteilung nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beschwerdeantwort erklärte die Beschwerdegegnerin ergänzend, dass die Anwendung der Schleudertraumapraxis fragwürdig sei, habe sich doch der Beschwerdeführer innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall lediglich über Schmerzen im linken Oberschenkel und über Schmerzen im Nacken und der linken Thoraxhälfte beklagt (Urk. 8 S. 3). Dass das Fehlen weiterer Beschwerden in den Akten auf seine schlechten Deutschkenntnisse zurückzuführen sei, sei wenig stichhaltig. Wenn die Klinik P. ___ detaillierte Angaben hinsichtlich der Schmerzen im linken Oberschenkel, Nacken und der linken Thoraxhälfte präzise aufgefordert habe, so hätte sie auch weitergehende Symptome aktenkundig gemacht, sofern sich der Beschwerdeführer effektiv über weitere beklagte hätte. Zudem seien tiefergehende medizinische Abklärungen zur Erfassung vorhandener Schmerzen nicht nötig (Urk. 8 S. 4). Eine Integritätsentscheidung sei schliesslich nicht ausgewiesen, beständen doch weder Hinweise für eine radikale Symptomatik noch seien bildgebend traumatisch bedingte strukturelle Läsionen festgestellt worden und habe sich der Beschwerdeführer überdies in unbeobachteten Momenten viel besser bewegt, als vorher demonstriert. Nachdem keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen gefunden werden können und der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen sei, erbrügten sich zusätzliche neuropsychologische und psychiatrische Abklärungen (Urk. 8 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Endlich verneinte die Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 19. November 2007 (Urk. 15) den natürlichen Kausalzusammenhang der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Hochtenschwerhörigkeit mit dem Unfallereignis.

1.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor, dass er bereits kurz nach dem Unfallereignis an den typischen Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma gelitten habe, welche bis zum jetzigen Zeitpunkt persistierten. Es treffe nicht zu, dass mit zunehmendem Zeitablauf seit dem Unfall immer mehr und andere Beschwerden hinzugekommen seien. Dass in den wenigen Monaten nach dem Unfall keine weiteren Beschwerden aktenkundig erfasst seien, sei darauf zurückzuführen, dass die Schilderungen des schlecht deutschsprechenden Beschwerdeführers zu Beginn nicht gehörig zur Kenntnis genommen bzw. die Abklärungen nur oberflächlich durchgeführt worden seien (Urk. 1 S. 4). Da von einem mittelschweren Unfall, von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, von Dauerbeschwerden sowie von einem schwierigen Heilungsverlauf auszugehen sei, könne die Adäquanz bejaht werden. Weil das zervikobrachiocevale Syndrom gemäss Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei und parallel mit der festgestellten depressiven Entwicklung zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe, sei die Adäquanz ohne Weiteres zu bejahen, handle es sich doch um objektivierbare Unfallfolgen. Gestützt darauf habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente, selbst wenn die übrigen Faktoren als inadäquat zum Unfallgeschehen betrachtet würden (Urk. 1 S. 7). Der angefochtene Entscheid sei auch insoweit unhaltbar, als damit keine Integritätsentscheidung zugesprochen werde, sei eine solche im Gutachten doch als angemessen bezeichnet worden. Endlich sei der Beschwerdeführer in Bezug auf den Schwindel und das Schwarzwerden vor den Augen einer neuropsychologischen Abklärung zu unterziehen, da sowohl der Augenarzt Dr. med.

Q.____ als auch der Oberarzt Dr. med. R.____, Kantonsspital Ä■____Ä■, die Beschwerden als durch das Schleudertrauma bedingt bezeichnet hätten (Urk. 1 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Eingabe vom 22. Oktober 2007 (Urk. 12) liess der Beschwerdeführer sodann vorbringen, er leide an einer Hochtonschwerhörigkeit, welche in direktem Zusammenhang mit dem am 8. April 2003 erlittenen Schleudertrauma stehe, und am 5. Februar 2008 (Urk. 16) machte er schliesslich geltend, die sich mittlerweile eingestellte akute Entzündung der Kiefermuskulatur stehe in direktem Zusammenhang mit der Halswirbelsäule. Dies verdeutliche einmal mehr, dass die Beschwerdegengerin den Fall vorzeitig erledigt habe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Stellungnahme vom 2. September 2008 (Urk. 21) liess der Beschwerdeführer schliesslich vorbringen, er mache vorab die Notwendigkeit weiterer Abklärungen geltend. Hinsichtlich der Schwerhörigkeit lasse sich von der ärztlichen Behandlung noch eine Besserung des Gesundheitszustandes erwarten. Ebenso sei die zu vermutende traumatische Hirnverletzung neuropsychologisch abzuklären. Die unfallfremden Ursachen seien ebenfalls mit dem Unfall ausgelöst worden und mithin dem Unfallgeschehen zuzurechnen, und zwar unabhängig davon, dass es sich dabei mehrheitlich um psychische Beeinträchtigungen handle. Zur Präzisierung der Rechtsprechung betreffend Adäquanzprüfung liess er sodann erklären, er habe trotz erheblicher Arbeitsunfähigkeit ausgewiesene Anstrengungen unternommen. So habe er erfolglos beim früheren Arbeitgeber einen Arbeitsversuch unternommen und auch zu Hause versucht, Haushaltsarbeiten (Tragen der Einkaufstasche, Kochen, Putzen) zu erledigen, was er jedoch aufgrund von Schmerzen und Schwindel habe aufgeben müssen. Zudem habe er alljährlich auf eigene Initiative in der Türkei und in Kosovo Therapien in Rehakliniken absolviert, wobei er sich bislang sieben solchen Kuren unterzogen habe (Urk. 21 S. 5). Innert Frist könne er indes diese eigenen Therapieanstrengungen nicht mittels Urkunden belegen. Seine Hausärztin Dr. G.____ wisse jedoch ebenso wie sein Bruder und die Familie S.____ über die genannten Aufenthalte, was diese bestätigen könnten (Urk. 21 S. 6).

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1Ä Ä Ä Ä Ä Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2Ä Ä Ä Ä Ä Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend

dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung 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 bloße 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).

2.3.3.3 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffs Umschreibung 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. 2.4

2.4.1.1 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 begründet erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.4.2.1 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 (EVG) in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln,

ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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).

E. 3

3.1 Streitig und zu prägen ist, ob der Beschwerdeführer auf Grund des Unfallereignisses vom 8. April 2003 über den Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin auf den 31. Januar 2007 festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2 Die Ärzte des Spitals P., in welchem der Beschwerdeführer vom 8. bis zum 11. April 2003 hospitalisiert war, diagnostizierten ein HWS-Distorsionstrauma, eine Kontusion des Thorax dorso-lateral links sowie eine Kontusion des Oberschenkels medial links (Urk. 9/3/2 S. 2). Gemäss Darstellung der Ärzte berichtete der Beschwerdeführer, dass er sofort nach dem Aufprall einen Schmerz im linken Oberschenkel und mit einer Latenz auch im Nacken sowie der linken Thoraxhälfte verspürt habe. Abgesehen von einer Druckdolenz paravertebral, beidseitig, und einer im Seitenvergleich zu rechts überall abgeschwächten Sensibilität im linken Arm erwies

sich der Befund als insgesamt unauffällig. Insbesondere ergaben sich weder Frakturen noch anderweitig auffällige Befunde im Bereich des Thorax und der Wirbelsäule. Laut Bericht erwies sich die beim Eintritt festgestellte Differenz der Sensibilität im Seitenvergleich bereits am Folgetag als regredient, sodass der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und mit unauffälligem neurologischem Status hatte nach Hause entlassen werden können.

3.2 Mit Arztzeugnis vom 25. April 2003 attestierten die Ärzte des Spitals P. eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Unfalltag, welche je nach Klinik andauern werde. An bisher veranlassten Therapien nannten sie Analgesie, Halskragen und Physiotherapie (Urk. 9/7).

3.3 Am 17. Mai 2003 (Urk. 9/8) berichtete Dr. med. T., damaliger Hausarzt des Beschwerdeführers, dass die Kontusionen an Thorax und Oberschenkel verheilt seien. Subjektiv beständen im Nacken noch Schmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, indes habe sich gesamthaft gesehen die Situation doch deutlich gebessert. Gegenwärtig unterziehe sich der Beschwerdeführer einer Physiotherapie, wobei die Behandlung voraussichtlich noch bis Ende Juni 2003 andauern werde. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei noch unbestimmt.

3.4 Zu Händen der SUVA berichtete der Dr. T. stellvertretende Arzt am 1. Juli 2003 (Urk. 9/9), dass der Beschwerdeführer gemeldet habe, der Arbeitsversuch sei aufgrund grosser Schmerzen unmöglich. Er selber sei der Meinung, dass die Wiederaufnahme der Arbeit möglich sein sollte.

3.5 Aufgrund der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. Juli 2003 (Urk. 9/14) hielt Dr. A. fest, der Beschwerdeführer habe berichtet, dass die Beweglichkeit etwas besser geworden sei. Er habe jedoch immer noch einen ziehenden Schmerz im Bereich des Hinterhauptes und des Nackens. Bei Nackenschmerzen verspüre er ein Brennen in den Augen, manchmal habe er auch den Eindruck eines «Schwarzwerdens» vor Augen. Dr. A. notierte, dass sich Brust- und Lendenwirbelsäule unauffällig gezeigt und eine recht gute Funktion aufgewiesen hätten. Palpatorisch sei ein Druck- und Rattelschmerz in der oberen Brustwirbelsäule festzustellen gewesen. Alle Bewegungen der Halswirbelsäule seien um etwa ein Drittel eingeschränkt. An den Dornfortsätzen der Halswirbelsäule beständen Druckdolenz unterschiedlicher Intensität (Urk. 9/14 S. 2). Hinweise für eine radikuläre Symptomatik an den oberen Extremitäten seien jedoch nicht zu erheben. So habe auch der Austrittsbericht des Spitals P. radiologisch keine Hinweise für eine posttraumatische Läsion ergeben. Dr. A. erklärte, dass er die Angaben eines Kältegeföhls am rechten Arm nicht interpretieren könne. Weil gut drei Monate nach dem Unfallereignis ein Arbeitsversuch gescheitert sei, empfehle er einen stationären Aufenthalt in der Klinik B. Der Arzt attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.6 Dr. T. berichtete am 10. Oktober 2003 (Urk. 9/22), dass der Beschwerdeführer die von der Klinik B. attestierte Arbeitsfähigkeit (von 50 %) nicht einhalte. Er, Dr. T., sei der Ansicht, dass dies aber möglich sein sollte.

3.7 Im Austrittsbericht vom 24. Oktober 2003 (Urk. 9/26) der Klinik B. - der Beschwerdeführer hatte sich dort vom 25. August bis zum 23. September 2003 stationär aufgehalten - diagnostizierten Dr. med. U., Oberärztin Rheumatologie, und Dr. med. V., Abteilungsärztin, ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom

linksbetont bei Status nach HWS-Distorsionsstrauma am 8. April 2003 und muskulärer Dysbalance. Sie berichteten, dass mittels multimodalem Therapieprogramm (Physiotherapie, Wassertherapie, medizinischer Trainingstherapie und detonisierender Massnahmen) eine Verbesserung der HWS-Beweglichkeit, eine Haltungsverbesserung sowie eine Steigerung der muskulären Stabilisation im Schulter-/Nackebereich habe erreicht werden können (Urk. 9/26 S. 1). Damit habe die Belastungs- und Bewegungstoleranz gesteigert werden können, was sich aber nicht in einer Funktionsverbesserung äussert habe. Der Beschwerdeführer fühle sich immer noch stark behindert durch Kopfschmerzen und Schwindelsymptome. Die Schulterschmerzen hätten sich jedoch deutlich reduziert. Abschliessend erachteten die Ärztinnen eine möglichst rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als vordringlich (Urk. 9/26 S. 1) und attestierten während des Klinikaufenthaltes vom 25. August bis zum 23. September 2003 sowie für weitere drei Monate eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für den angestammten Beruf als Fabrikmitarbeiter. Ab dem 24. September 2003 sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit mit einer maximalen Gewichtsbelastung von 20 kg, selten am Tag, zu 50 % zumutbar, wobei im weiteren Verlauf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % angestrebt werden sollte (Urk. 9/26 S. 2).

3.8. SUVA-Kundenbetreuer W. ___ hielt am 11. November 2003 (Urk. 9/27) aufgrund seines Arbeitsplatzbesuches bei der Y. ___ fest, dass der Beschwerdeführer, ohne unter Zeitdruck zu stehen, Metallringe hätte verpacken müssen. Diese Arbeit sei rein sitzend auszuführen und entspreche leichtester Arbeit. Gleichwohl sei ein Arbeitsversuch gescheitert (im Juni bloss zwei, im September drei halbe Tage). Im Übrigen werde der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2003 in Z. ___ (bisher ___) seinen Wohnsitz haben.

3.9. Am 11. Dezember 2003 (Urk. 9/29) sah sich der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen ausserstande, an einem Gespräch mit der SUVA in den Räumlichkeiten seines damaligen Anwaltes in P. ___ teilzunehmen.

3.10. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. Dezember 2003 (Urk. 9/30) nannte Dr. T. ___ einen völlig unveränderten Zustand. Der Beschwerdeführer arbeite nicht, da selbst die reduzierte Arbeitsfähigkeit ihm als zuviel erscheine. An objektiven Befunden sei nichts Neues zum Vorschein gekommen. Vorschläge für weitere Behandlungen könne er keine machen. Dr. T. ___ liess die Frage, wann mit einer Wiederaufnahme der Arbeit und in welchem Umfang gerechnet werden könne, offen.

3.11. Dr. A. ___ hielt nach erneuter kreisärztlicher Untersuchung vom 27. Februar 2004 (Urk. 9/41) fest, dass ein mehr oder weniger unverändertes Beschwerdebild bestehe und der Beschwerdeführer angebe, nach wie vor an Kopf- und Nackenschmerzen zu leiden. Wenn er den Kopf drehe, sehe er Sterne und es werde ihm schwindlig. Dr. A. ___ erhob an der Halswirbelsäule Druckdolenzen über allen Dornfortsätzen und dolente kraniale Trapeziusanteile ohne besondere Verletzung. Die paravertebrale Muskulatur erwies sich als weich und indolent. Die um ein Drittel eingeschränkte Funktion der Halswirbelsäule sei aufgrund der radiologischen Befunde nicht erklärbar. Weil eine umfassende Beurteilung nicht möglich sei, erweise sich ein zweiter stationärer Aufenthalt als nötig. Der Kreisarzt hielt ergänzend fest, es sei nicht einzusehen, weshalb an der von der Klinik B. ___ attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit nicht festzuhalten wäre. Bis zum Eintritt in die Rehabilitation sei der Beschwerdeführer jedoch kaum vermittlungsfähig, weshalb er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiere (Urk. 9/41

S. 2).

3.12. Die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik erstattete am 24. März 2004 (Urk. 9/46) ihre biomechanische Kurzbeurteilung. Sie kam zum Schluss, dass das unfallverursachende Fahrzeug praktisch gerade von hinten auf das Heck des Autos des Beschwerdeführers geprallt sei, wobei das Heck leicht bis mittelstark beschädigt worden sei. Der hintere Stossfänger, der Kofferraumdeckel und beide Kotflügel seien leicht deformiert worden (Urk. 9/46 S. 1). Durch die Kollision dürfte der Opel des Beschwerdeführers eine Geschwindigkeitsänderung von unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h erfahren haben (Urk. 9/46/S. 2). Aus biomechanischer Sicht seien die festgestellten Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar (Urk. 9/46 S. 4).

3.13. Die

3.13.1 Im Austrittsbericht vom 14. Juni 2004 (Urk. 9/53) der Rehaklinik C.____ - der Beschwerdeführer war dort stationär vom 5. Mai bis 8. Juni 2004 - führten die Dres. D.____ und E.____ folgende Diagnosen auf: zervikozephalales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in den Schultergürtel, beidseits, Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und maladaptives Bewältigungsmuster mit histrionischen Verhaltensauffälligkeiten. Sie berichteten, dass aktuell Schmerzen im Nacken, ausstrahlend in beide Schultern sowie in den Kopf, Bewegungseinschränkungen der HWS, Schwindelbeschwerden, Augenbrennen, schmerzbedingte Schlafstörungen, subjektiv Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit sowie Schwindel bei Belastung und Schmerzzunahme bestanden. Die Ärztinnen führten aus, dass sich in der klinischen Untersuchung eine aktiv stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS ergeben habe, welche sich während des Untersuchungsgesprächs nicht als konsistent erwiesen habe. Alle passiven Bewegungsprüfungen (Schulter, HWS) seien von starkem Gegenspannen begleitet gewesen. Im Weiteren sei eine starke Druckschmerzhaftigkeit über den Dornfortsätze sowie in den paravertebralen Strukturen angegeben worden; wesentliche Verspannungen, Triggerpunkte und Myogelosen hätten demgegenüber nicht ertastet werden können (Urk. 9/53 S. 2). Eine Röntgenkontrolle der Halswirbelsäule vom 18. Mai 2004 habe unauffällige altersentsprechende Befunde ergeben. Aufgrund der rein durch objektivierbare somatische Befunde nicht voll zu erklärenden Beschwerdebildes sei der Beschwerdeführer der psychosomatischen Abteilung vorgestellt worden. Auffällig seien der schlechte Verlauf und die Zunahme der Beschwerden, wobei sämtliche Therapien weitgehend wirkungslos geblieben seien. Die Schmerzqualität sei diffus geblieben, der Beschwerdeführer verfüge nicht über Copingstrategien, konkrete Ziele könnten nicht genannt werden. Die Ausweitung der Beschwerden spreche für eine erhebliche Somatisierung, wobei offensichtlich darüber hinaus ein maladaptives Bewältigungsmuster mit Schonhaltung, Selbstlimitierung und Dekonditionierung bestehe. Sowohl in den Untersuchungen als auch in den Therapien seien Inkonsistenzen, mässige Kooperation und demonstrative Tendenzen aufgefallen (Urk. 9/53 S. 2).

3.13.2 Der neurologische Konsiliarius, Dr. med. AB.____, Facharzt FMH für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte weder in der Anamnese noch bei der Untersuchung verwertbare Hinweise auf eine erhebliche Vestibulopathie fest, wobei wegen mässiger Kooperation nicht alle Untersuchungen hätten durchgeführt werden können. Eine MTBI (milde traumatische Hirnverletzung) sei nur fraglich durchgemacht

worden und erklärten sicher keine der heutigen Beschwerden. Die geklagten Symptome seien am ehesten im Rahmen einer posttraumatischen Anpassungsstörung zu sehen. Betreffend Therapie führte der Experte aus, dass vermutlich einzig Mobilisation und psychosomatische Betreuung unter Antidepressiva hilfreich seien (Urk. 9/51 S. 3).

3.13.3 Zusammenfassend hielten die Ärztinnen fest, dass während des Aufenthaltes keine wesentliche Schmerzreduktion oder Belastungssteigerung erreicht worden sei. Aufgrund des ausbleibenden Erfolges erscheine eine ambulante Therapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht indiziert. Gestützt auf eine Gesamtwürdigung attestierten sie bei Klinikaustritt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine leichte bis selten mittelschwere Arbeit, wobei HWS-belastende Tätigkeiten wie das Heben und Tragen von Gewichten über 10kg sowie Zwangshaltungen zu vermeiden seien. Nach einem Einstieg stehe einer vollen Arbeitsfähigkeit innert dreier Monate nichts im Wege. Demgegenüber sehe sich der Beschwerdeführer als nicht arbeitsfähig (Urk. 9/53 S. 3).

3.14 Am 12. Juli 2004 (Urk. 9/61) diagnostizierten lic. phil. AC.____, Psychologin, und Dr. med. AD.____, Oberärztin, beide M.____, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) bei Status nach Heckauffahrkollision. Sie hielten im Weiteren fest, dass der Beschwerdeführer nicht über Copingstrategien oder Ressourcen verfüge und ein maladaptives Bewältigungsmuster hinsichtlich seiner körperlichen Symptomatik zeige, welche sich immer mehr ausweite. Er habe dysfunktionale, starre Konzepte und Gedanken. Die Vorstellung, er könne nur ohne Schmerzen richtig arbeiten, verhindere die Motivation, etwas zu unternehmen oder zu arbeiten. Überdies habe der Beschwerdeführer keine Tagesstruktur und beteilige sich auch nicht an der Hausarbeit. Aus den genannten Gründen sei eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinn momentan nicht durchführbar (Urk. 9/61 S. 2).

3.15 SUVA-Arzt Dr. F.____, welcher den Beschwerdeführer wegen persistierender Schwindelbeschwerden am 25. August 2004 untersucht hatte, berichtete am 30. August 2004 (Urk. 9/66), dass sich der Beschwerdeführer noch immer über Schwindel und unsicheres Gehen beklage. Tätigkeiten wie Einkaufen mit der Ehefrau könne er problemlos ausführen. Ebenso sei ihm langsames Spazieren möglich. Eine Falltendenz verneinte er. Der Spezialarzt erhob einen unauffälligen ORL-Status und stellte mittels Reintonaudiogramms keine erhebliche Schädigung des Gehörs fest. Dr. F.____ erwog, dass aufgrund mangelnder Kooperation die erzielten Untersuchungsergebnisse schwierig zu beurteilen seien (Urk. 9/66 S. 2). Mit Blick auf das normale Gangbild und die während der Untersuchung gemachten Beobachtungen sei jedoch zu vermuten, dass die Genese des Schwindels ausserhalb des ORL-Bereiches liege. Sicherheitshalber sei in einem halben Jahr eine neurootologische Kontrolluntersuchung durchzuführen, sofern der Beschwerdeführer zu einer besseren Kooperation bereit sei. Bemerkenswert sei schliesslich, dass der Beschwerdeführer keinen Tinnitus beklagt habe (Urk. 9/66 S. 3). Ausser für Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr oder an schnell rotierenden Maschinen sei der Beschwerdeführer aus ohrenärztlicher Sicht voll arbeitsfähig (Urk. 9/68).

3.16 Mit Bericht vom 6. Oktober 2004 (Urk. 9/80) teilte die neue Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. G.____, mit, dass dieser seit dem 31. August 2004 bei ihr in Behandlung stehe und zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dies gehe aus den Berichten der bisher behandelnden Ärzten hervor. So habe Dr. T.____ am 9. und 22. Juni, am 19. Juli sowie am 23. August 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestatigt. Danach habe

der Beschwerdeführer zu ihr in die Behandlung gewechselt. Schliesslich habe auch das M.____ ab dem 1. September 2004 bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert mit dem Vermerk, die Prognose sei ungünstig (vgl. Arztzeugnis M.____, Urk. 9/81/2).

Dem Bericht von Dr. G.____ lag eine Kopie des Unfallscheines bei. Auf diesem hatte Dr. T.____ unter der Bestätigung der Rehaklinik C.____, der Beschwerdeführer sei ab dem 9. Juni 2004 zu 50 % arbeitsfähig, an den von Dr. G.____ obgenannten Daten jeweils Gänsefüsschen gesetzt (Urk. 9/81/3).

3.17 Im Einweisungsbericht für eine klinisch-stationäre Behandlung des Spitals H.____ vom 30. November 2004 (Urk. 9/92) wurde ein chronisches zervikospodylogenes Syndrom mit Bewegungseinschränkung und Schmerzen genannt sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

3.18 Dr. med. AE.____, Spital H.____, berichtete auf Nachfrage der SUVA am 1. Dezember 2004 (Urk. 9/95), dass es um das Gleiche gehe wie immer (zervikospodylogenes Syndrom) und sie nicht viel mehr dazu schreiben könne. Der Beschwerdeführer habe starke Schmerzen, man könne ihn kaum anfassen. Sie glaube, dass ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik noch etwas verbessern könnte.

3.19 Am 8. Dezember 2004 (Urk. 9/101) erklärte Dr. med. AF.____, Spital H.____, dass er aufgrund des Berichtes der Rehaklinik C.____ und der jetzigen Verhältnisse keinen Grund für einen weiteren stationären Aufenthalt sehe. Zumindest habe sich der Gesundheitszustand nicht verschlimmert. Weil er schon länger mit Dr. G.____ bekommen habe, wolle er die eben gemachte Aussage nicht schriftlich zu Papier bringen.

3.20 Im Bericht vom 6. Dezember 2004 (Urk. 9/132), der Beschwerdegegnerin zufolge einer Auseinandersetzung über die Auskunftspflicht erst am 23. März 2005 zugestellt, führten die Ärzte des Spitals H.____ aus, dass sich die Behandlung des schweren zervikospodylogenen Schmerzsyndroms als schwierig gestalte. Beim Beschwerdeführer, der sich vom 9. November bis zum 6. Dezember 2004 stationär in ihrem Spital aufgehalten habe, habe auf die verabreichte Analgesie, Muskelrelaxation und physiotherapeutische Behandlung hin objektiv zwar eine deutliche Entspannung beobachtet werden können, der Beschwerdeführer habe subjektiv jedoch kaum Verbesserungen verspürt. Aus kulturellen und persönlichkeitspezifischen Gründen erscheine ein indizierter psychotherapeutischer Behandlungsansatz wohl kaum möglich (Urk. 9/132 S. 2).

Vom 18. bis zum 25. März 2005 hielt sich der Beschwerdeführer erneut nach notfallmässiger Aufnahme im Spital H.____ auf (Urk. 9/141). Unter der neu durchgeführten analgetischen Therapie mit Morphium und Novalgin habe sich keine Besserung der Nacken- und Schulterschmerzen gezeigt. Die Dres. med. AG.____ und AH.____ notierten, dass offenbar eine zunehmende Depression und Nervosität beobachtet würden, der Beschwerdeführer aber einer Psychotherapie nicht zugänglich erscheine. Eine psychiatrische Behandlung auf der Depressionsstation lehne er ab.

3.21 Am 11. April 2005 (Urk. 9/139) wurde der Beschwerdeführer wiederum notfallmässig ins Spital eingewiesen, diesmal in jenes von I.____, wo er bis zum 15. April 2005 hospitalisiert blieb. Ausser einem Diabetes mellitus Typ II und einem Verdacht auf eine Antrumgastritis nannten die Ärzte keine neuen Diagnosen. Neben unerträglichen

Nacken- und Schulterschmerzen sowie ungerichtetem Schwindel habe der Beschwerdeführer von einem zunehmendem Tinnitus berichtet. Aufgrund derselben Beschwerden sei er bereits schon mehrere Male hospitalisiert gewesen. Die vom Beschwerdeführer geklagte massive Insomnie habe während des Aufenthaltes im Spital bestmöglich werden können. Auch dieser Spitalaufenthalt habe keine Verbesserung der Symptomatik gebracht. Dem Beschwerdeführer sei erneut eine stationäre Behandlung auf der Depressionsstation empfohlen worden, womit dieser zwar einverstanden gewesen sei. Er habe vorher aber noch ein paar Tage zu Hause verbringen wollen, weshalb er dann schliesslich entlassen worden sei.

3.22.2 Dr. F. ___ erklärte mit Bericht vom 5. September 2005 (Urk. 9/163/1-2), dass anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 1. September 2005 eine wesentliche Verschlechterung des Gehörs im Reintonaudiogramm habe nachgewiesen, in der objektiven Hörprüfung (ERA) jedoch nicht habe bestmöglich werden können. Damit habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom August 2004 die Hörschwelle nicht verändert. Dr. F. ___ äusserte den Verdacht einer Aggravation. Im übrigen habe der Beschwerdeführer ein theatralisches Gebärde und eine übertriebene Wehleidigkeit präsentiert (Urk. 9/163/1). Aufgrund der Erstbeobachtungen im August 2004 und der derzeitigen Kontrolluntersuchung sei davon auszugehen, dass die Genese der Schwindelbeschwerden ausserhalb der ORL-Sphäre liege. Ein ORL-ärztliches Probleme liege nicht vor. Aus dieser Sicht sei dem Beschwerdeführer seine frühere Hilfsarbeitertätigkeit bei der Y. ___ vollumfänglich zumutbar (Urk. 9/163/2 S. 2-3).

3.23.2 Im Arztbericht von Dr. med. Q. ___, Augenarzt FMH, vom 27. März 2006 (Urk. 9/174) notierte dieser, dass die angegebenen Beschwerden nicht im Zusammenhang mit den Augen ständen, sondern am ehesten durch das erlittene Schleudertrauma bedingt seien.

3.24.2

3.24.1 Am 10. Juli 2006 erstattete das J. ___ das polydisziplinäre Gutachten (Urk. 9/178 S. 1-27). Die Experten stützten sich dafür auf die von der SUVA zur Verfügung gestellten Akten, die anlässlich der Untersuchung vom 13. Dezember 2005 erhobenen Aussagen und Befunde sowie auf die Beschlüsse des multidisziplinären Konsens.

3.24.2.1 Gegenüber dem internistischen Teilgutachter Dr. med. AI. ___ erklärte der Beschwerdeführer, dass es ihm ganz schlecht gehe. Nichts funktioniere mehr (Urk. 9/178 S. 7). Während des Tages tue er nichts; auch im Haushalt mache er nichts, da er dort nur stören würde. Spazieren würde er nur selten, da es ihm dabei schwindlig werde. Er selber fahre nur noch selten Auto, beispielsweise für gewisse Einkäufe zusammen mit der Ehefrau. Das Meiste übernehme jedoch sein Bruder, der ihn täglich besuche. Der Arzt erhob einen unauffälligen internistischen Status (Urk. 9/178 S. 9).

3.24.3 Gemäss Ausführungen des neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachters Dr. med. AK. ___ leidet der Beschwerdeführer unter permanenten Schmerzen im Bereich des Nackens und der Schulterregion. Die Schmerzen seien Tag und Nacht vorhanden, es gebe kaum Schwankungen. Wenn er den Kopf bewege, traten blitzartige Schmerzen von den Schultern gegen den Nacken hinauf, und in der Folge sehe er dann jeweils schwarz und Sterne. Im Weiteren habe er schmerzabhängige Gleichgewichtsstörungen und sei vergesslich (Urk. 9/178 S. 11). Vor dem Unfall habe er nie an irgendwelchen Schmerzen gelitten und sei immer voll arbeitsfähig gewesen (Urk.

9/178 S. 12). Dr. AK. ___ erhob einen unauffälligen Allgemeinzustand und beschrieb den Beschwerdeführer als leidend und klagend wirkend, welcher eine klare Verdeutlichungstendenz bis Aggravation seiner Beschwerden zeige (Urk. 9/178 S. 13). Im Bereich der HWS sowie etwas weniger stark auch im oberen Bereich der BWS und paravertebral beidseits hätten sich mässige Druckdolenzen ergeben. Der Muskeltonus habe sich links leicht bis mässig, rechts als leicht gesteigert präsentiert. Die Schmerzempfindlichkeit im Bereich des Nackens sei sehr diffus. Eigentliche Myogelosen oder Triggerpunkte hätten sich nicht gezeigt (Urk. 9/178 S. 14). Der Arzt merkte an, dass er - kontrastierend zum Untersuchungsbefund - den Beschwerdeführer (nach Verlassen der Klinik) mit recht freien und flüssigen Kopfbewegungen am Strassenrand habe warten gesehen. Ebenso habe er beobachten können, wie der Beschwerdeführer mit unauffällig geschmeidigen Bewegungen des Rückens und insbesondere des Halses ins Auto gestiegen sei (Urk. 9/178 S. 15). Betreffend die neurologische Beurteilung notierte Dr. AK. ___, dass keine auffallenden kognitiven Defizite zu erkennen gewesen seien, dass die Beurteilung jedoch bei sprachlicher Limitierung des Beschwerdeführers schwierig gewesen sei (Urk. 9/178 S. 16). Eine umfassende neuropsychologische Untersuchung habe nicht stattgefunden, da sehr erhebliche Zweifel an der Kooperationsbereitschaft bestanden hätten, so dass sich daraus kein aussagekräftiger Befund hätte erheben lassen. In somatischer Hinsicht hätten sich Hinweise auf leichte, wahrscheinlich zervikogen verursachte Gleichgewichtsstörungen ohne Hinweise auf eine zentrale Genese ergeben. Die Schmerzempfindlichkeit sei sehr diffus und grossflächig und die HWS-Funktionen während der Untersuchung massiv eingeschränkt gewesen, währenddem sich der Beschwerdeführer ausserhalb der Praxis viel besser habe bewegen können. In diagnostischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 8. April 2003 eine HWS-Distorsion erlitten habe. Die danach aufgetretenen Schmerzen seien in diesem Rahmen erklärbar. Nicht erklärbar sei indes der weitere Verlauf, wäre doch eine langsame Linderung der Beschwerden zu erwarten gewesen. Wiederholt seien denn auch Zweifel an der Kooperationsfähigkeit und Verdachtsmomente für eine Aggravation geäussert worden, was durch die Tatsache unterstrützt werde, dass der Beschwerdeführer nicht einmal auf Morphium angesprochen habe, was aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen wäre. Insgesamt liege ein etwas linksbetontes, leicht bis mässig ausgeprägtes Zervikalsyndrom vor. Zudem sei von einer schmerzbedingten Funktionseinschränkung auszugehen, jedoch nicht in dem Ausmass, wie die Prüfungen während der Untersuchung ausgefallen seien. Die gemessenen Werte seien denn als Ausdruck einer klaren Verdeutlichungstendenz oder Aggravation zu sehen. Eine derartige Verschlechterung der HWS-Funktionen, wie sie der Beschwerdeführer geltend mache, sei weder plausibel noch begründet. Im Weiteren sprächen die anamnestischen Erhebungen mit der Angabe, dass sich der Beschwerdeführer an die Bremsgeräusche und an die Geräusche der Kollision erinnere, gegen eine Hirnbeteiligung im Sinne einer leichten traumatischen Hirnverletzung. Die geklagten Konzentrationsschwierigkeiten und kognitiven Beschwerden sprächen eher dafür. Da indes mehr als erhebliche Hinweise auf eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit und eine deutliche Aggravationstendenz bestanden hätten, sei auf eine eigentliche, umfassende, neuropsychologische Untersuchung verzichtet worden. Eine solche hätte keine weiterführenden Schlüsse erlaubt. Der klinisch-verhaltensneurologische Eindruck spreche auf jeden Fall klar dagegen, dass allfällige kognitive Defizite einen höheren Schweregrad als leicht bis höchstens leicht

bis mässig begründeten (Urk. 9/178 S. 17).

3.24.4 Dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. AL.____ präsentierte sich ein altersentsprechend aussehender Beschwerdeführer, welcher sich mit langsamen, schleppenden Schritten bewegt und leise gesprochen habe. Gestik und Mimik hätten sich als unauffällig erwiesen. Die Schilderung der körperlichen Beschwerden sei sehr diffus gewesen, die Stimmung bedrückt und leicht depressiv. Gemäss Einschätzung des Psychiaters war der Beschwerdeführer allseits orientiert, bewusstseinsklar, mit formal und inhaltlich unauffälligem Denken. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ichtäuschungen hätten nicht erhoben werden können. Nach Einschätzung von Dr. AL.____ ist die Entwicklung der körperlichen Symptome auf psychische Gründe zurückzuführen. Er sei auf seine Beschwerden fixiert und fühle sich überhaupt nicht im Stande, irgendeine körperliche Tätigkeit zu verrichten (Urk. 9/178 S. 19). Der Beschwerdeführer sei in leichtem bis mittleren Masse depressiv, es bestehe ein sozialer Rückzug. Die Prognose sei ungünstig. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung werde es kaum möglich sein, den Beschwerdeführer wieder in die Berufswelt zu integrieren. Dr. AL.____ führte aus, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht um 20 % reduziert sei. Wie schon aus vorhergehenden Untersuchungen berichtet, habe sich der Beschwerdeführer auch bei der vorliegenden Untersuchung wenig kooperativ gezeigt und seine Symptome in histrionischer Art und Weise dargelegt, so dass deren Einordnung und Bewertung schwierig sei. Eine Erhöhung der Antidepressiva könne einen günstigen Einfluss auf die depressive Verstimmung haben. Schliesslich berichtete der Arzt, dass die subjektive Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden können. Ausser der leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die depressive Verstimmung könne aus psychiatrischer Sicht keine weitere Einschränkung attestiert werden. Mittels psychiatrischer Therapie sei die subjektive Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, kaum beeinflussbar (Urk. 9/178 S. 20).

3.24.5 Zusammengefasst diagnostizierten die Experten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: leicht bis mässig ausgeprägtes, linksbetontes Zervikalsyndrom (ICD-10: M53.0) bei Status nach HWS-Distorsion mit Kontusion von Thorax und linkem Oberschenkel, wobei eine Hirnbeteiligung retrospektiv nicht sicher nachweisbar sei, sowie leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0, 32.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) mit ausgeprägtem aggravatorischem Verhalten in sämtlichen Untersuchungen, ein beginnendes metabolisches Syndrom sowie rezidivierende gastritische Beschwerden (Urk. 9/178 S. 20-21). Die Ärzte führten schliesslich aus, dass mit Blick auf die gesamten Umstände eine körperlich leichte bis wohl gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeit ganztags zumutbar sei. Die geringen Leistungseinbussen aus psychiatrischer und neurologischer Sicht ergänzten sich und seien nicht zu addieren. Dementsprechend bestehe eine Leistungseinschränkung von 30 %. Insbesondere die letzte, ab März 2003 ausgeübte Tätigkeit, sei weiterhin ganztägig zumutbar (Urk. 9/178 S. 22) mit einer Leistungseinbusse von maximal 30 %. Eine Integritätseinbusse von 10 % könne bestätigt werden (Urk. 9/178 S. 23).

3.24.6. Stellung nehmend zu den früheren ärztlichen Einschätzungen erklärten die Gutachter, dass nach wie vor die gleiche Einschätzung gelte, nun mit einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Option zur weiteren Steigerung. Ansonsten sei festzuhalten, dass in sämtlichen somatischen Untersuchungen eine ausgesprochen schlechte Kooperation und sehr wenige bis gar keine Befunde festzustellen gewesen seien. Dass die behandelnden Ärzte Arbeitsunfähigkeiten attestiert hätten, sei verständlich, sei der Beschwerdeführer mit seinem Gebaren doch keinem Arbeitgeber zumutbar. Insbesondere sei dem Beschwerdeführer jedoch aus psychiatrischer Sicht die Willensanstrengung zumutbar, trotz den subjektiv angegebenen Beschwerden einer ja somatisch grosszügig adaptierten Tätigkeit, erst noch mit einer Leistungseinbusse, nachzugehen. Was allfällige weitere medizinische Massnahmen betreffe, sei von solchen nur ein geringer Erfolg zu erwarten, so lange sich der Beschwerdeführer derartig unkooperativ und aggravatorisch verhalte (Urk. 9/178 S. 23).

3.25. Med. pract. AM. ____, M. ____, nannte im Abschlussbericht vom 27. Juli 2006 zuhanden von Dr. G. ____ (Urk. 9/185) unter anderem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) mit chronischem Verlauf. Es handle sich um eine depressive Störung mit starker Schmerzsymptomatik im Gefolge eines HWS-Schleudertraumas. Das Krankheitsbild sei ganz wesentlich durch die Kommunikationshindernisse der Sprache und möglicherweise durch den Tinnitus sowie durch eine durchgehend recht passiv fordernde Haltung des Beschwerdeführers geprägt. Die Prognose erscheine sehr ungünstig. Weil die Therapie als wenig aussichtsreich beurteilt worden sei, sei die Behandlung beendet worden. Ergänzend bemerkte der Arzt, in psychotherapeutischer Hinsicht sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer seine Leiden bei jeder Konsultation in fast genau gleicher Weise hervorgebracht habe. Demgegenüber sei er regelmässig zu den Terminen erschienen und habe auch eine Therapiemotivation gezeigt (Urk. 9/185 S. 2).

3.26. Im weiteren Schreiben an Dr. G. ____ vom 14. September 2006 (Urk. 9/189) erklärte das M. ____, dass aus psychiatrischer Sicht eine Besserung des Befundes nach psychiatrischer Behandlung in albanischer Sprache denkbar wäre. Aufgrund der Erfahrungen sei jedoch davon auszugehen, dass auch damit die Wahrscheinlichkeit einer durchgreifenden Besserung relativ gering sei. Die letzte ambulante Behandlung am M. ____ sei auf Wunsch des Patienten beendet worden.

3.27. Im Arbeitsfähigkeitszeugnis vom 20. September 2006 (Urk. 9/187) bestätigte das M. ____, dass der Beschwerdeführer vom 24. Oktober 2005 bis zum 12. Juli 2006 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Sehr wahrscheinlich werde er über den 12. Juli 2006 hinaus eine lange Zeit bzw. ständig 100 % arbeitsunfähig sein.

3.28. Dr. med. R. ____, Oberarzt Augenklinik, Kantonsspital ____ , erhob am 11. Dezember 2006 (vgl. Urk. 9/202/2) einen unauffälligen Augenbefund beidseits. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden der rezidiert getropften Augen mit leichten Sehstörungen seien im Rahmen des Schleudertraumas zu sehen, wobei sicherheitshalber eine Karotis-Doppleruntersuchung vorgeschlagen werde.

3.29. Mit Schreiben vom 17. September 2007 (Urk. 11) berichtete Dr. N. ____, dass der Beschwerdeführer an einer Hochtonschwerhörigkeit leide. Er gebe an, seit dem Schleudertrauma vom 8. April 2003 schlecht zu hören, wobei die Beschwerden in letzter

Zeit zugenommen hätten. Der Arzt empfahl eine Härtergeräteeversorgung.

3.30 In der Kostenschätzung vom 31. Januar 2008 (Urk. 16a) führte Dr. O. an, dass die MAP (Myoarthropathie), an welcher der Beschwerdeführer leide, eine Spätursache des Schleudertraumas sein könnte, da die MAP in direktem Zusammenhang mit der Halswirbelsäule stehe.

3.31 Dr. med. AN., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Z., berichtete am 10. April 2008 (Urk. 23/3/2), dass auf Wunsch des Beschwerdeführers die antidepressive Medikation nicht weitergeführt worden sei, obwohl die Indikation dafür klar gegeben sei. Sie habe vergeblich versucht, beim Beschwerdeführer eine veränderte Einstellung zum Schmerz zu erreichen und zu bewirken, dass dieser aufgegebenen gesunden Verhaltensweisen wieder aufnehme. Da trotz regelmässiger ambulanter Therapie keine Veränderung habe erreicht werden können, sei diese beendet worden.

E. 4

4.1 Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 31. Januar 2007 abgeschlossen hat.

4.2 Am 11. April 2003 - also drei Tage nach dem Auffahrunfall - wurde der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und mit unauffälligem neurologischen Status nach Hause entlassen (Erw. 3.2). Einen guten Monat später berichtete der damalige Hausarzt Dr. T., dass die Kontusionen an Thorax und Oberschenkel verheilt seien, der Beschwerdeführer jedoch immer noch an Nackenschmerzen leide. Insgesamt habe sich die Situation aber deutlich gebessert (Erw. 3.3). Nachdem sowohl Dr. T. als auch die Ärzte der Klinik B. eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als zumutbar erachtet hatten (Erw. 3.6 und 3.7), schlug ein Arbeitsversuch des Beschwerdeführers fehl und sah sich dieser im Dezember 2003 aus gesundheitlichen Gründen nicht einmal mehr im Stande, an einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin teilzunehmen (Erw. 3.9). Obwohl Dr. T. keinen neuen objektiven Befund feststellen konnte (Erw. 3.10), verschlechterte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im weiteren Verlauf zusehends. Weder ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik C. (Erw. 3.13) noch alle weiteren Therapieversuche zeitigten (in subjektiver Hinsicht) einen Erfolg. Die Ärztinnen der Rehaklinik C. hielten denn auch im Austrittsbericht fest, dass eine ambulante Therapie aufgrund ausbleibenden Erfolges zum jetzigen Zeitpunkt nicht indiziert sei. Sie erachteten gar eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit innert dreier Monate als möglich (Erw. 3.13.3). Die Psychologin AO. bezeichnete sodann eine psychotherapeutische Behandlung derzeit als nicht durchführbar (Erw. 3.14), und Dr. AF. konnte keinen Grund für eine weitere stationäre Therapie ausmachen (Erw. 3.19). Schliesslich ist dem Bericht des Spitals H. zu entnehmen, dass Analgesie, Muskelrelaxation und Physiotherapie subjektiv keine Verbesserung gebracht hätten, eine psychotherapeutische Behandlung indes indiziert wäre, aus kulturellen und persönlichkeitspezifischen Gründen jedoch kaum möglich erscheine (Erw. 3.20). Endlich hielt der Gutachter Dr. AL. dafür, dass die subjektive Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, mittels psychiatrischer Therapie kaum beeinflussbar sei (Erw. 3.24.4), und Dr. AK. notierte, dass der Beschwerdeführer nicht einmal auf die Gabe von Morphin angesprochen habe (Erw. 3.24.3). Selbst die Wahrscheinlichkeit einer durchgreifenden Verbesserung des Zustandes mittels psychiatrischer Behandlung in albanischer Sprache

bezeichnete med. pract. AM. ___ als relativ gering (Erw. 3.26). Dass die Beschwerdegegnerin bei dieser Aktenlage davon ausging, von weiteren Therapien sei keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten, ist daher in keiner Art und Weise zu beanstanden. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem nachgereichten Bericht von Dr. AN. ___ (Erw. 3.31).

Wenn der neurologische und neuropsychologische Gutachter Dr. AK. ___ betreffend eine mögliche leichte traumatische Hirnverletzung wegen erheblicher Hinweise auf eine eingeschränkte Kooperation und einer deutlichen Aggravationstendenz von einer eigentlichen neuropsychologischen Untersuchung abgesehen hat (Erw. 3.24), spricht ebenfalls nichts gegen den Fallabschluss, wären doch von einer solchen Untersuchung keine weiteren Schlüsse zu erwarten gewesen. Gleiches hat für den Einwand des Beschwerdeführers, es sei vorab seine Schwerhörigkeit umfassend abzuklären (Erw. 1.2), zu gelten. Bereits der Bericht der Rehaklinik C. ___ ergibt, dass eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) keine der geklagten Beschwerden erklären würde (Erw. 3.13.2). Der Spezialist Dr. F. ___ bezeichnete im August 2004 aufgrund mangelnder Kooperation die Untersuchungsergebnisse als schwierig zu beurteilen und vermutete die Genese des Schwindels ausserhalb des ORL-Bereiches (Erw. 3.15). Im September 2005 äusserte er dann gar bei verschlechtertem Reintonaudiogramm, aber fehlender objektiver Bestätigung desselben den Verdacht der Aggravation (Erw. 3.22). Wie der Beschwerdeführer vor diesem Hintergrund mit der Auflegung des Schreibens von Dr. N. ___ (Erw. 3.29) etwas zu seinen Gunsten ableiten will, ist nicht einsichtig. Auf jeden Fall gelingt es ihm damit nicht, glaubhaft darzutun, dass der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht unvollständig erstellt wäre.

Endlich genügt eine blosser Kosteneinschätzung und die Bemerkung, die beim Beschwerdeführer festgestellte MPA könnte eine Spätursache des Schleudertraumas sein (Erw. 3.30), nicht zur Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und allfälliger Schädigung, gilt doch im Rahmen der Beweiswürdigung der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Erw. 2.2). Eine Abklärung erbringt sich bereits aus diesem Grunde. Im übrigen findet sich in der ganzen, umfangreichen ärztlichen Dokumentation keinerlei Hinweis auf die nun neu geltend gemachten Beschwerden der Kiefermuskulatur. Auch von daher wäre ein ursächlicher Zusammenhang zu verneinen, weshalb sich auch dazu eine weitergehende medizinische Abklärung erbringt.

Aus obigen Erwägungen erhellt, dass der Fallabschluss zu Recht erfolgt ist.

4.3 Im Weiteren ist zu prüfen, welche unfallbedingten Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beim Fallabschluss noch vorlagen.

4.3.1 Wie bereits festgestellt, verbesserte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den ersten Tagen nach dem Unfallereignis vom 8. April 2003 (siehe Er. 4.2), verschlechterte sich dann aber zusehends. Bereits im Juli 2003 hatte der Beschwerdeführer dem seinen Hausarzt vertretenden Arzt gemeldet, er könne die Arbeit infolge starker Schmerzen nicht wieder aufnehmen (Erw. 3.3). Weil die Beschwerden anhielten, wurde der Beschwerdeführer einer stationären Rehabilitation in der Klinik B. ___ zugeführt. Die Therapie bewirkte eine deutliche Reduzierung der Schulterschmerzen, was sich indes - trotz Belastungsbereitschaft des Beschwerdeführers

- nicht in einer Funktionsverbesserung äusserte. Gleichwohl erachteten die Ärzte eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 50 % zumutbar, wobei im Zeitverlauf ein Pensum von 100 % anzustreben sei (Erw. 3.7). In der Folge scheiterte indes auch ein Arbeitsversuch mit leichtester Tätigkeit (vgl. Erw. 3.8). Entgegen den Ausführungen von Dr. G. ___ attestierte Dr. T. ___ nicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, sondern vertrat im Oktober 2003 vielmehr die Ansicht, dass eine Tätigkeit im Umfang von 50 % möglich sein sollte (Erw. 3.6). Im Dezember 2003 liess er die Frage der Wiederaufnahme der Arbeit offen, nannte den Zustand aber unverändert und merkte an, dass dem Beschwerdeführer selbst eine reduzierte Arbeitsfähigkeit als zuviel erscheine (Erw. 3.9). In dem von Dr. G. ___ genannten Unfallschein bestatigte Dr. T. ___ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % - wie sie von der Klinik B. ___ festgelegt worden war (Erw. 3.16). Auch Kreisarzt Dr. A. ___ erklärte, es sei nicht einsichtig, weshalb ein Pensum von 50 % nicht möglich sein sollte. Gleichwohl attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, da der Beschwerdeführer bis zur zweiten stationären Rehabilitation nicht vermittelbar sei (Erw. 3.11). Mit Bericht vom 14. Juni 2004 bestatigte schliesslich die Rehaklinik C. ___ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine leichte bis selten mittelschwere Arbeit, welche nach einer Dauer von drei Monaten auf eine volle Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne (Erw. 3.13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich war der Beschwerdeführer auch aus ohrärztlicher Sicht arbeitsfähig (Erw. 3.15 und 3.22).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Endlich ergibt sich aus dem Gutachten des J. ___, dass in den Untersuchungen sehr wenige bis gar keine Befunde erhoben werden konnten (Erw. 3.24.6). Weshalb die Gutachter gleichwohl eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit attestierten, ist vor diesem Hintergrund und mit Blick auf das Verhalten des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar. Die Annahme einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit rechtfertigt sich auf jeden Fall nicht gestützt auf die Feststellung eines leicht bis mässig gesteigerten Muskeltonus und einer mässigen Druckdolenz im Bereich der HWS. Dazu kommt, dass die Gutachter wie bereits in den meisten vorangegangenen Untersuchungen ebenfalls eine ausgesprochen schlechte Kooperation (Erw. 3.24.6) und eine klare Verdeutlichungstendenz bis hin zur Aggravation feststellten (Erw. 3.24.3). Dr. AK. ___ beobachtete gar, wie der Beschwerdeführer mit recht freien und flüssigen Kopfbewegungen am Strassenrand gewartet und anschliessend mit unauffälligen Bewegungen des Rückens und des Halses ins Auto gestiegen war. Er hielt im Weiteren dafür, dass der Verlauf nicht erklärbar sei, wäre doch eine langsame Linderung der Beschwerden zu erwarten gewesen (Erw. 3.24.3). Schliesslich kann den Gutachtern des J. ___ auch darin nicht gefolgt werden, als sie bei ausgeprägter subjektiver Krankheitsüberzeugung, welche wohlgekannt durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden konnte, und wenig kooperativem, dafür aber histrionischem Verhalten, welches die Einordnung und Bewertung erschwerte, aus psychiatrischer Sicht auf eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % schlossen (Erw. 3.24.4). Wenn die Gutachter zusammenfassend die bisherige Tätigkeit bei der Y. ___ als mit einer Leistungseinbusse von maximal 30 % als ganzständig zumutbar bezeichneten, so ist den obigen Erwägungen folgend einerseits und gestützt auf die allgemeine Schadenminderungspflicht andererseits davon auszugehen, dass die Zubilligung einer dauerhaften Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht gerechtfertigt ist.

4.3.2.1 Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht von Dr. G.____ vom 6. Oktober 2004: Wie bereits gezeigt, sind die Angaben betreffend Dr. T.____ falsch (vgl. Erw. 4.3.1). Dem Bericht lassen sich im Weiteren weder eine Diagnose noch Gründe für eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit entnehmen. Ebenso fehlen Angaben zu einer allfälligen Betätigung in einer Verweisungstätigkeit (Erw. 3.16), womit dem fraglichen Bericht keine Beweiskraft im Sinne der Rechtsprechung zukommt. Schliesslich erwecken die diversen Stellungnahmen des Spitals H.____ Zweifel an der Darstellung von Dr. G.____: Einerseits nennen sie ebenfalls keine Begründung für eine allfällige Leistungseinbusse (Erw. 3.17), oder sind schlicht unbrauchbar (Erw. 3.19). Bemerkenswert ist schliesslich die Äusserung von Dr. AF.____, er möchte seine Aussagen nicht zu Papier bringen, habe er doch mit Dr. G.____ schon Ärger bekommen (Erw. 3.19). Aus dem Bericht des Spitals H.____ vom 6. Dezember 2004 (Erw. 3.20), welcher der Beschwerdegegnerin erst nach regem Schriftwechsel im März 2005 zugestellt worden war, ergibt sich denn erneut ein widersprüchliches Bild, was die Behandlung und die geltend gemachten Beschwerden des Beschwerdeführers betrifft: objektiv sei eine deutliche Entspannung beobachtet worden, subjektiv habe der Beschwerdeführer kaum eine Verbesserung verspürt. Endlich ist aus dem Hinweis, eine psychotherapeutische Behandlung wäre zwar indiziert, müsse aber aus kulturellen und persönllichkeitsspezifischen Gründen als kaum möglich bezeichnet werden, zu schliessen, dass dem Beschwerdeführer mit zumutbarer Willensanstrengung die Überwindung seiner geklagten Beschwerden möglich wäre. Und ergänzend ist auch hier auf die dem Beschwerdeführer obliegende Schadenminderungspflicht hinzuweisen.

4.3.3.1 Endlich lassen auch die Berichte des M.____ keinen anderen Schluss zu. Zwar attestierten die Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zwischen dem 24. Oktober 2005 und dem 12. Juli 2006 (Erw. 3.27). Die Wendung «sehr wahrscheinlich werde er über den 12. Juli 2006 hinaus eine lange Zeit bzw. ständig 100 % arbeitsunfähig sein» genügt indes den Anforderungen an einen beweiskräftigen ärztlichen Bericht keineswegs, fehlt es doch auch hier an einer schlüssigen Begründung. Eine solche kann auch nicht im vorangegangenen Bericht in der Feststellung, das Krankheitsbild sei ganz wesentlich durch die Kommunikationshindernisse, möglicherweise den Tinnitus sowie durch eine durchgehende recht passiv fordernde Haltung des Beschwerdeführers geprägt (Erw. 3.25), erblickt werden.

4.3.4.1 Damit ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit bei der Y.____ vollumfänglich zumutbar wäre und er nicht mehr an einem die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden leidet, geschweige denn an einem solchen, der auf den Unfall vom 8. April 2003 zurückzuführen wäre, wie die nachstehenden Erwägungen aufzeigen. Somit sind keine Leistungen der Unfallversicherung mehr geschuldet. Ebenso entfällt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

E. 5

5.1.1.1 Selbst wenn ein Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorläge, wäre die Adäquanz zu verneinen.

5.2.1.1 Aus den ärztlichen Berichten geht hervor, dass keine mit dem Unfall in Zusammenhang stehenden organisch objektivierbaren Befunde erhoben werden konnten

und somit kein nachweisbares organisches Korrelat vorlag. Weder eine mässige Druckdolenz noch ein leicht bis mässig gesteigerter Muskeltonus ist - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - als objektiv ausgewiesene Unfallfolge zu betrachten. Von solchen kann vielmehr erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden. Damit sind auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C_33/2008, Erw. 5.1).

Da nach der neueren Rechtsprechung für die Bejahung eines Schleudertraumas das Auftreten der meisten der dem bunten Beschwerdebild zugerechneten Symptome bereits innert der massgebenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nicht mehr erforderlich ist, sondern es ausreicht, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Hals-/Nackenregion oder an der HWS manifestieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1), gelangt die oben in Erw. 2.4.2 zitierte, mit BGE 117 V 359 begonnene und mit BGE 134 V 109ff. weiterentwickelte Rechtsprechung zur Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zur Anwendung.

5.3.1

Rechtsprechungsgemäss werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 15. Mai 2008, 8C_470/2007, Erw. 5.2). Angesichts des Unfallhergangs, der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder innerhalb des Bereiches von 10 - 15 km/h sowie des geringen Fahrzeugschadens (Erw. 3.12) rechtfertigt sich kein Abweichen von dieser Praxis. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, beim Unfall habe sein Fahrzeug Totalschaden erlitten, vermag nicht, belief sich gemäss Fahrzeug-Bewertung der Wiederbeschaffungswert lediglich auf Fr. 1'693.-- und der Zeitwert nach Abzug der Kosten für Instandsetzung und Prüfung von Fr. 800.-- auf noch insgesamt Fr. 900.-- (vgl. Urk. 9/39 S. 5). Allerdings ist aktenkundig, dass das gestauchte Heck des Fahrzeuges durch Rost geschwächt und provisorisch repariert worden war (vgl. Urk. 9/83 und 85). Anzumerken ist zudem, dass ein versicherungstechnisch als "Totalschaden" eingestuftes Fahrzeugschaden nur bedeutet, dass die Reparaturkosten den Zeitwert des Fahrzeuges übersteigen, über die Grösse der Kollisionsenergie und der Kräfte, die auf die HWS einwirken, jedoch nichts aussagt (Urteil des EVG in Sachen S. vom 12. Januar 2004, Erw. 4.1, und Urteil des EVG in Sachen R. vom 20. Dezember 2006, Erw. 9.1.2 mit Hinweis).

Damit ist - unter der Annahme einer zumindest teilweisen natürlichen Kausalität - eine adäquate Kausalität nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise geben ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind.

Der Unfall vom 8. April 2003 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch war er - objektiv betrachtet - besonders eindrücklich. Der Beschwerdeführer erlitt auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. Im Gegenteil war der Befund unauffällig; insbesondere ergab die Untersuchung keine Frakturen (Erw. 3.2). Eine Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule vom Mai 2004 zeigte

unauffällige, altersentsprechende Befunde (Erw. 3.13.1). Ebenso wenig ist das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung erfüllt, bedeuten physiotherapeutische und medikamentöse Massnahmen doch keine erhebliche Mehrbelastung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar klagte der Beschwerdeführer fortwährend über anhaltend starke Schmerzen im Bereich des Nackens und des Kopfes und suchte aufgrund exazerbierender Schmerzen verschiedentlich notfallmässig das Krankenhaus auf. Unter Berücksichtigung der präzisierten Rechtsprechung, welche nur auf glaubhafte, erhebliche Beschwerden (BGE 134 V 109 S. 128) abstützt, und mit Blick auf die während den Untersuchungen festgestellten Inkonsistenzen, der schlechten Kooperation sowie der deutlichen Aggravationstendenz, ist das Vorliegen dieses Kriteriums gleichwohl zu verneinen. Auch aus psychiatrischer Sicht kann das Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden, verhinderten doch offenbar kulturelle und persönlichkeitspezifische Gründe einen psychotherapeutischen Behandlungsansatz (Erw. 3.20).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt nicht vor.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus der blossen Dauer der geklagten Beschwerden und der ärztlichen Behandlung kann nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Vielmehr bedarf es hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen E. vom 30. März 2005, U 426/04, Erw. 7.2.5). Solche sind vorliegend keine ersichtlich. Schliesslich ist auch hier auf das unkooperative und aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers in der Mehrzahl der Untersuchungen hinzuweisen. Damit liegen weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen vor.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nicht erfüllt ist schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab dem 8. April 2003 erachteten die Ärzte der Klinik B. eine 50%ige Tätigkeit mit der Steigerung auf 100 % als zumutbar (Erw. 3.7). An dieser Einschätzung änderte sich nachfolgend - mit Ausnahme der Berichte von Dr. G. und des M., auf welche jedoch wie oben bereits gezeigt, nicht abgestellt werden kann (Erw. 4.3.2 und 4.3.3) - nichts. Damit wäre das Kriterium schon aus dieser Sicht zu verneinen. Dass sich der Beschwerdeführer im Weiteren bemüht hätte, die Arbeitsunfähigkeit wenigstens teilweise zu überwinden, ist nicht ausgewiesen und ergibt sich entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers auch nicht aus den Akten. Im Gegenteil hätte erwartet werden dürfen, dass der Beschwerdeführer die ihm von seiner Arbeitgeberin zugewiesene, äusserst leichte Arbeit (vgl. Erw. 3.8) hätte ausführen können. So erklärte bereits Dr. T. im Oktober 2003, dass seiner Ansicht nach ein 50%-Pensum möglich sein sollte (Erw. 3.6), und Dr. A. bezeichnete es im Februar 2004 als unverstündlich, dass eine Arbeitsaufnahme nicht habe erfolgen können (Erw. 3.12). Demgegenüber bereitete es dem Beschwerdeführer offenbar keine Probleme, im Juli 2003 (Urk. 9/15) und vom 9. Juli 2004 bis zum 14. August 2004 (Urk. 9/49) ins Ausland in die Ferien zu verreisen. Insbesondere mit Blick auf das schon mehrfach erwähnte unkooperative und aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers kann nicht von ausgewiesenen Anstrengungen zur Überwindung der Leistungseinbusse gesprochen werden. Daran ändern auch die Einwände des Beschwerdeführers nichts. Dass er

auch zu Hause immer wieder versucht habe, sich einzubringen und Koch- sowie Reinigungsversuche gemacht habe (Urk. 21 S. 5), scheint unwahrscheinlich, gab er gegenüber dem Gutachter Dr. AI.____ doch an, er mache im Haushalt nichts, da er nur stören würde (Erw. 3.24.2). Ebenso vermag der Beschwerdeführer aus seinen - obwohl offenbar bereits ab 2004 durchgeführten, aber gleichwohl unbelegten - Kuraufenthalten im Ausland nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, zumal der Bruder des Beschwerdeführers bescheinigte, ihm auch für Ferientaufenthalte Geld geliehen zu haben (Urk. 23/2/4).

5.3. Zusammenfassend steht daher fest, dass - hätte der natürliche Kausalzusammenhang bejaht werden müssen - die Adäquanzprüfung ergibt, dass von den praxisgemässen Kriterien kein einziges erfüllt wäre. Damit wären die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 8. April 2003. Die Beschwerdegegnerin hätte demgemäss auch aus diesem Grund zu Recht einen Leistungsanspruch über den 31. Januar 2007 hinaus verneint, was (ebenfalls) zur Abweisung der Beschwerde führte.

6.

6.1. Mit Gesuch vom 25. April 2007 stellte der Beschwerdeführer den prozessualen Antrag, es sei ihm Rechtsanwalt Schätz als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Daran hielt er auch mit Eingabe vom 2. September 2008 fest (Urk. 21).

6.2. Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten auf Grund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; entsprechend ist bei der Beurteilung der Bedürftigkeit das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S. 195; 108 Ia 9 E.

3 S. 10). Erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

6.3. Mit Beschwerde vom 25. April 2007 wurde darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer von der Sozialbehörde Z.____ unterstützt werde, und als Beleg dafür deren Protokoll vom 15. Februar 2007 (Urk. 3/4) aufgelegt. Eine Rückfrage des Gerichts vom 13. August 2008 bei der Gemeinde Z.____ ergab, dass der Beschwerdeführer seit 1. Mai 2008 keine Unterstützung mehr erhält (Urk. 18). Aus dem in der Folge mit der Eingabe vom 2. September 2008 eingereichten Formular zu Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit geht hervor, dass der

Beschwerdeführer und seine Ehefrau einzig über ein Einkommen aus Invalidenrente in Höhe von monatlich Fr. 1'583.-- verfügen (Urk. 22 S. 3 und 23/2/2). Womit indes der Beschwerdeführer seine Lebenshaltungskosten und die seiner Familie bestreitet, wenn bereits die aufgeführten monatlichen effektiven Kosten Fr. 1'554.-- (Mietanteil Fr. 780.--, Telefon/TV Fr. 200.--, Kranken-/Unfallversicherung Fr. 526.--, Steuern Fr. 48.--) betragen, bleibt unklar. Dem eingereichten Kontoauszug über die Monate April bis August 2008 (Urk. 23/2/3) ist denn zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer verschiedentlich Beträge gutgeschrieben wurden. Abgesehen von den Überweisungen durch die IV (monatlich Fr. 1'583.-- sowie am 4. April 2008 Fr. 44'214.05 und Fr. 3'107.--) erfolgten folgende Gutschriften (Urk. 23/2/13): Fr. 86.65 am 4. April 2008, Fr. 100.-- am 30. April 2008, Fr. 1'981.80 am 9. Mai 2008; Fr. 30.20 und Fr. 960.50 am 21. Mai 2008, Fr. 8'000.-- am 6. Juni 2008, wobei am 4. April 2008 derselbe Betrag abgehoben worden war, Fr. 250.70 und Fr. 66.40 am 11. Juni 2008, Fr. 1'200.-- am 13. Juni 2008, Fr. 84.35 am 24. Juni 2008, Fr. 829.-- am 2. Juli 2008, Fr. 55.45 am 18. Juli 2008, Fr. 61.55 am 4. August 2008, Fr. 272.90 am 20. August 2008 sowie Fr. 1'000.-- am 29. August 2008. Woher diese Zahlungen stammen und aus welchem Grund sie erfolgten, geht aus der Aufstellung nicht hervor und wurde vom Beschwerdeführer nicht belegt. Schliesslich ist unerklärlich, wie der Beschwerdeführer in den Monaten Juli und August 2008 mit Beträgen von bloss Fr. 931.-- bzw. Fr. 886.-- seinen finanziellen Verpflichtungen hatte nachkommen können, wenn bereits die Kosten für die monatliche Krankenversicherung Fr. 526.-- betragen und der Beschwerdeführer in den vorhergehenden Monaten jeweils Beträge von mehreren Tausend Franken bezog. Bemerkenswert ist im Weiteren, dass der Beschwerdeführer gemäss Formular alle zwei Monate über Fr. 300.-- verfügen soll, die er zur Unterstützung seines hier lebenden Vaters verwendet (Urk. 22 S. 6).

Endlich ist nicht einsichtig, weshalb der Beschwerdeführer Fr. 40'000.-- abhob, um seine Schulden gegenüber seinem Bruder - welche indes nur Fr. 35'000.-- betragen haben sollen - zu begleichen. Dass er mit dem Rest für seine Lebenshaltungskosten aufkam, überzeugt nicht, wurde er doch im Monat April 2008 noch von der Gemeinde Z. ___ mit Fr. 3'589.-- unterstützt (Urk. 3/4).

Zusammengefasst erweist sich damit das Gesuch als nicht genügend substantiiert, weshalb es bereits aus diesem Grund abzuweisen ist.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 25. April 2007 um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes wird abgewiesen,

und erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Thomas Schätz
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.