

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00225

vom 25. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00225

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00225 du 25 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00225 del 25 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1957, war seit Mitte Juni 2006 bei der U., T., als Maschinenführer angestellt (Urk. 7/1 Ziff. 1, Ziff. 3) und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 6. Juli 2005 (Urk. 7/1) meldete die Arbeitgeberin der SUVA, dass der Versicherte am 5. Juli 2005 beim Tragen einer Holzkiste über Holzstange gestolpert und rückwärts auf eine kleine Mauer gefallen sei (Urk. 7/1 Ziff. 6). Dabei habe er sich eine Stauchung der Halswirbelsäule zugezogen (Urk. 7/1 Ziff. 9).

Die SUVA holte verschiedene Arztberichte ein (Urk. 7/6, Urk. 7/10, Urk. 7/83.1 = Urk. 3/2, Urk. 7/56) und liess den Versicherten unter anderem neurologisch abklären (Urk. 7/30 = Urk. 3/3, Urk. 7/66a = Urk. 3/4). Dieser hielt sich zudem vom 30. November 2005 bis 4. Januar 2006 stationär in der Rehaklinik C. auf (Urk. 7/38-40, Urk. 12). Des Weiteren veranlasste die SUVA ein Gutachten bei Dr. med. Y., Fachärztin FMH für Neurologie, das am 11. Januar 2007 erstattet wurde (Urk. 7/78).

1.2. Mit Verfügung vom 23. Januar 2007 (Urk. 7/79) verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht bezüglich der Unfallfolgen per 31. Januar 2007 und bestätigte die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Juli 2006 (Urk. 7/79 S. 2). Nach durchgeführtem Einspracheverfahren (Urk. 7/83-86) hielt die SUVA mit Einspracheentscheid vom 11. April 2007 (Urk. 7/89 = Urk. 2) an ihrer Leistungseinstellung per 31. Januar 2007 respektive 31. Juli 2006 (bezüglich Taggeldzahlungen) fest (Urk. 2 S. 4 Ziff. 2, S. 6 Ziff. 4).

E. 2

2.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht per 31. Januar 2007 respektive - bezüglich der Taggeldleistungen - per 31. Juli 2006 eingestellt hat.

2.2. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass der Sturz vom 5. Juli 2005 beim Beschwerdeführer keine organischen Unfallfolgen im Sinne von strukturellen Veränderungen hinterlassen habe. Wenn überhaupt, so habe dieser bloss zur vorübergehenden Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes geführt (Urk. 2 S. 5 oben). Das psychosomatische Konsilium in der Rehaklinik C. vom 13. Dezember 2005 habe eine Anpassungsstörung ergeben. Es sei deshalb rechtsprechungsgemäss zunächst abzuklären, ob der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, ein Schädel-Hirntrauma oder eine Schleudertrauma ähnliche

Verletzung erlitten habe (Urk. 2 S. 5 Mitte). Vorliegend sei davon auszugehen, dass sich dieser beim Sturz eine entsprechende Verletzung zugezogen habe und die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen vorlägen. Da es sich beim Sturzereignis im Sinne der Rechtsprechung aber um einen leichten Unfall gehandelt habe, müsse der adäquate Kausalzusammenhang verneint werden, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig sei (Urk. 2 S. 6).

Die Beschwerdegegnerin brachte weiter vor, es lägen verschiedene Unfallschilderungen des Beschwerdeführers selber sowie der behandelnden Ärzte vor (Ur. 6 S. 2 Ziff. 2, Ziff. 2.2). Die medizinischen Erstbefunde würden klar gegen einen schweren Unfall sprechen (Urk. 6 S. 4 Ziff. 6.3).

2.3. Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, er habe vor dem Unfall nie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Erst durch den Unfall habe er von den starken degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule erfahren. Darum sei der Unfall die alleinige Ursache seines jetzigen schlechten Gesundheitszustandes (Urk. 1 S. 1). Beim Sturzereignis handle es sich um einen Unfall im schweren Bereich (Urk. 1 S. 2, Urk. 16 S. 1).

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.1. Ä Ä Ä Ä Am 5. Juli 2005 stürzte der Beschwerdeführer und klagte seither über verschiedene gesundheitliche Probleme. Zum Hergang des Unfalles finden sich in den Akten verschiedene Angaben, worauf nachfolgend einzugehen ist.

3.2. Ä Ä Ä Ä Der Unfallmeldung vom 6. Juli 2005 (Urk. 7/1) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Tragen einer Holzkiste über Holzstange gestolpert und rückwärts auf eine kleine Mauer gefallen sei (Urk. 7/1 Ziff. 6).

Anlässlich der Erstbehandlung hielt Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin, im Arztzeugnis vom 19. Juli 2007 (Urk. 7/6) fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, eine Holzkiste vor sich tragend einen kleinen Absatz übersehen zu haben und über eine 35 cm hohe Mauer gefallen zu sein (Urk. 7/6 Ziff. 2).

Am 26. Juli 2005 fand vor Ort eine Besprechung mit einem Vertreter der Beschwerdegegnerin statt (Urk. 7/8). Damals führte der Beschwerdeführer aus, der Unfall sei passiert, als er eine Kiste mit Feuerholz in seinem Garten vor sich her getragen habe. Als er von der Wiese auf den Sitzplatz laufen wollen, habe er auf dem Plattenboden ein Stück Holz übersehen und sei darauf ausgerutscht. Er sei nach hinten gestürzt und habe sich wegen der Kiste in seinen Händen nicht abstützen können. Deshalb sei er zuerst mit dem rechten Schulterblatt, dann mit dem restlichen Schultergürtel auf eine glücklicherweise abgerundete Betonkante einer 15-20 cm hohen Mauer gestürzt, welche den Sitzplatz von der Wiese trenne. Er habe mit dem Hinterkopf/Genick auf der Wiese aufgeschlagen (Urk. 7/8 S. 1).

Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Neurologie, führte das Unfallereignis betreffend in seinem Bericht vom 26. Oktober 2005 aus, der Beschwerdeführer habe am 5. Juli 2005 im Garten eine Holzkiste vor sich her getragen, sei über eine maximal 40 cm hohe Mauer gestiegen, anschliessend auf einen am Boden liegenden Ast getreten, dabei ausgerutscht und nach hinten gestürzt. Er sei mit dem Schulterbereich auf den Absatz der Mauer gestürzt und mit dem Kopf occipital auf den Boden geschlagen. Er habe Schwindel und Übelkeit ohne Erbrechen verspürt, Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der Schulter

und dem oberen Thorakalbereich (Urk. 7/30 S. 1).

Die Ärzte der Rehaklinik C.____ hielten anlässlich des psychosomatischen Konsiliums zum Unfallhergang fest, der Beschwerdeführer sei rückwärts gestürzt und habe mit dem Nacken an einer Begrenzungsmauer sowie mit dem Kopf auf dem Betonboden angeschlagen (Urk. 7/38 S. 1). Im neuropsychologischen Bericht führten die Ärzte der Rehaklinik C.____ aus, der Beschwerdeführer sei beim Sturz mit dem Nacken/Hinterkopf auf dem Mauervorsprung, über den er gestolpert sei, aufgeschlagen. Er habe es richtig krachen hören (Urk. 12 S. 1).

Der Gutachter Dr. D.____ führte zum Unfallhergang aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, eine Kiste tragend eine Stufe von 30 cm abwärts gestiegen zu sein. Dort habe ein Stock gelegen, auf diesem sei er nach vorne weggeglitten, danach mit dem Nacken gegen die Stufe geprallt. In der Folge habe er leichte Ohnmachtszustände gehabt sowie unter rezidivierendem Erbrechen und starken Schmerzen gelitten (Urk. 7/83.1 S. 5).

Im Gutachten vom 11. Januar 2007 führte Dr. Y.____ aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, er habe bei der Arbeit im Garten eine Kiste wegtragen wollen. Dabei sei er über einen Trunk gestolpert und über ein 40 cm hohes Mauerchen gefallen. Er habe mit dem Nacken und dem Kopf auf dem Mauerchen aufgeschlagen und den Kopf zudem nach hinten geschleudert. Er sei zirka ein bis zwei Minuten bewusstlos gewesen. Danach habe er sich sehr schlecht gefühlt, habe erbrochen und sofort Nackenschmerzen verspürt (Urk. 7/78 S. 5).

Anlässlich der Begutachtung im Z.____ gab der Beschwerdeführer sodann an, er sei auf dem Rasen vor dem Haus gegangen und habe dabei eine Holzkiste getragen, welche ihm die Sicht versperrt habe. Vom Rasen sei er über eine zirka 30 cm hohe Umrandungsmauer auf eine darunter liegende Betonfläche gestiegen. Er sei dann wegen eines dort liegenden Holzstückes ausgerutscht, es habe ihm die Füsse nach vorne weggezogen, er sei nach hinten gestürzt und mit der rechten Schulter auf der Betonumrandungsmauer aufgeprallt. Dabei sei es zu einer Abknickbewegung des Kopfes nach hinten rechts und zum Aufschlagen des Kopfes auf dem Rasen gekommen.

3.3.3. Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweiswürdiger Hinsicht größeres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 Erw. 2a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis).

Die Angaben zum Unfallhergang in der Unfallmeldung vom 6. Juli 2005 sind sehr knapp. Zwar ist diesen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer rückwärts auf eine kleine Mauer gefallen ist, die Meldung enthält aber keinerlei Ausführungen dazu, wie beziehungsweise mit welchem Körperteil der Aufprall erfolgte. Auch dem Arztzeugnis des erstbehandelnden Arztes Dr. A.____ vom 19. Juli 2007 lässt sich nichts Näheres zum Ablauf des Sturzes entnehmen.

Gegenüber den Ärzten der Rehaklinik C.____ äusserte der Beschwerdeführer sodann, bei seinem Sturz mit dem Nacken auf der Umrandungsmauer und mit dem Kopf auf dem Betonboden aufgeschlagen zu sein (Urk. 7/38 S. 1, Urk. 12 S. 1). Auch gegenüber der Gutachterin Dr. Y.____ gab er an, mit dem Nacken auf der Mauer aufgeschlagen zu haben (Urk. 7/78 S. 5). Diese Version des Unfallherganges vermag indes nicht zu

Überzeugen. Hätte der Beschwerdeführer tatsächlich mit dem Nacken auf der Mauer aufgeschlagen, hätte er sich durch den Aufprall auf dem Beton mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit eine äußerlich sichtbare Verletzung - zumindest eine Schürfung - zugezogen, da der Nacken nicht durch Kleider geschützt ist. Dasselbe gilt es bezüglich des angeblichen Kopfaufpralls auf dem Betonboden anzumerken. Auch hier hätte sich der Beschwerdeführer mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine äußerlich sichtbare Verletzung zugezogen.

Anlässlich einer Besprechung vor Ort hatte der Beschwerdeführer angegeben, rückwärts gestürzt zu sein, dabei mit der rechten Schulter auf die Umrandungsmauer geprallt zu sein und mit dem Kopf auf dem Rasen angeschlagen zu haben (Urk.). Diese Ausführungen decken sich größtenteils mit seinen Angaben gegenüber Dr. B. ____, denjenigen anlässlich der Begutachtung im Z. ____, sowie in der Beschwerde vom 6. Mai 2007 ans hiesige Gericht. Dafür, dass sich der Sturz so zugetragen hatte, spricht auch, dass dies mit den gleichentags erhobenen Befunden übereinstimmt, welche anlässlich der Erstkonsultation bei Dr. A. ____ erhoben wurden, diagnostizierte dieser doch eine Prellung der rechten Schulter, eine Thoraxprellung rechts sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule (Urk. 7/4). Nach Würdigung der verschiedenen Unfallversionen ist deshalb mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auf ein am Boden liegendes Stück Holz trat, infolgedessen ausrutschte und rückwärts fiel, wobei er mit der rechten Schulter auf die Umrandungsmauer prallte und den Kopf an der Rasenfläche anschlug.

E. 4

4.1 In seinem Schreiben vom 5. Juli 2005 nannte Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin, als Diagnose eine Prellung und Distorsion der Halswirbelsäule, eine Schulterprellung rechts sowie eine Thoraxprellung rechts. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig (Urk. 7/4).

Im Arzzeugnis vom 19. Juli 2007 (Urk. 7/6) hielt Dr. A. ____ fest, es hätten sich äußerlich keine Verletzungszeichen gefunden. Die Halswirbelsäule sei stark schmerzhaft in der Bewegung eingeschränkt. Zudem sei die Bewegung im Bereich der rechten Schulter schmerzhaft und es bestehe ein Thoraxkompressionsschmerz rechts (Urk. 7/6 Ziff. 4). Als Diagnose nannte er eine Zerrung der Halswirbelsäule, eine Thoraxprellung sowie eine Schulterprellung rechts (Urk. 7/6 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei vom 5. Juli 2005 bis voraussichtlich 29. Juli 2005 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/6 Ziff. 8).

4.2 Im Bericht vom 29. Juli 2005 (Urk. 7/10) führte Dr. med. E. ____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, aus, die Computertomographie vom 29. Juli 2005 habe eine Streckstellung der Halswirbelsäule als Hinweis auf muskuläre Verspannungen gezeigt. Eine Fraktur liege nicht vor. Es hätten sich lediglich diskrete Spondylarthrosen im unteren Abschnitt der Halswirbelsäule gezeigt sowie eine diskrete verkalkte Discusprotrusion Halswirbelkörper 5/6 ohne wesentliche Einengung des Spinalkanals. Im selben Segment und im Segment 6/7 hätten sich links leichte knöcherne Foramenarthrosen bei Uncovertebralarthrosen ohne Kompression der Wurzel C6 beziehungsweise C7 gezeigt (Urk. 7/10).

4.3 Im Bericht vom 14. Oktober 2005 (Urk. 7/33) zur gleichentags erfolgten nativen und kontrastmittelverstärkten triplanaren Magnetresonanztomographie des

Gehirns sowie zur multiplanaren kontrastmittelverstärkten Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule hielt Dr. med. F. ____, Fachärztin FMH für Radiologie, fest, es habe sich ein regelrechtes Schädels-MRI ohne Nachweis posttraumatischer Läsionen gezeigt. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Kontusion des Rückenmarks gefunden, ligamentäre Läsionen seien ebenfalls keine nachweisbar. Es hätten sich degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit Chondrose C2 bis C5 und Osteochondrose auf Höhe C5/6 sowie C6/7 gefunden (Urk. 7/33 S. 2 unten). Im Rahmen der degenerativen Veränderungen sei auch das Foramen C6/7 links deutlich eingeengt und zudem lasse sich eine sehr deutliche zirkuläre Protrusion mit weiter Ausdehnung bis nach foraminal beidseits nachweisen, so dass auch je nach Position eine Kompression der Wurzel C7 links möglich sei (Urk. 7/33 S. 2 oben).

4.4. Im Bericht vom 26. Oktober 2005 (Urk. 7/30 = Urk. 3/3) nannte Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Neurologie, folgende Diagnosen (Urk. 7/30 S. 1):

- Status nach Halswirbelsäulen-Abknicktrauma mit Kopfanprall am 5. Juli 2005 mit mittelschwerem bis schwerem Zervikalsyndrom sowie zervikogenen Kopfschmerzen mit migränoider Exazerbation

- deutliche degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit foraminaler Hernie C5/6 links lateral

- Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörungen

- Reizsyndrom des Plexus brachialis im costoclaviculären Übergangsbereich rechts

Aufgrund des vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallherganges (vgl. vorstehende Erw. 3.3) müsse von einem Halswirbelsäulen-Abknicktrauma mit Kopfanprall ausgegangen werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben sei ein minimal brain injury nicht ausgeschlossen (Urk. 7/30 S. 2 unten). Zur Weiterabklärung sei eine Magnetresonanztomographie zervikal und zerebral angeordnet worden, um strukturelle Läsionen nicht zu verpassen. Zerebral fanden sich keine Läsionen, zervikal zeigten sich multiple degenerative Veränderungen, die als vorbestehend zu interpretieren seien sowie eine foraminale Diskushernie C5/6, die traumatisch bedingt sein könnte (Urk. 7/30 S. 3). Bei dem schon frühzeitig blockierten Rehabilitationsverlauf sei eine stationäre Rehabilitation mit psychosomatischer Betreuung und Verbesserung des Copings, intensiven Therapien sowie einer neuropsychologischen Exploration sehr indiziert (Urk. 7/30 S. 3).

4.5. Vom 30. November 2005 bis 4. Januar 2006 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik C. ____, auf (Urk. 7/40 S. 1). Im Bericht vom 14. Dezember 2005 (Urk. 7/38 = Urk. 7/39) zum psychosomatischen Konsilium nannten Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Rehaklinik C. ____, die Diagnose einer Anpassungsstörung (Urk. 7/38 S. 3).

Eine neuropsychologische Abklärung werde Aufschluss über die Gedächtnisfunktion geben. Die leicht depressive Symptomatik stehe mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der inzwischen schon monatelangen Belastung durch Dauerschmerzen und erhebliche Schlafstörungen. Hinweise auf eine eigenständige psychische Erkrankung lägen keine vor. Eine abschliessende Diagnose könne noch nicht gestellt werden. Ein zusätzliches Rehabilitationshindernis sei im Stellenverlust zu sehen (Urk.

7/38 S. 3).

Im neuropsychologischen Bericht vom 27. Dezember 2005 (Urk. 12) nannten lic. phil. I.____, Fachpsychologin f¼r Neuropsychologie FSP, und Dr. med. J.____, Facharzt FMH f¼r Neurologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rehaklinik C.____, als neuropsychologische Diagnose eine schmerzbedingt herabgesetzte kognitive Dauerleistungsfähigkeit (Urk. 12 S. 1).

Das Sprachsystem sei intakt. Wortfindungsstörungen, wie sie nach Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns auftreten könnten, lägen sicher nicht vor (Urk. 12 S. 3). Insgesamt bestehe beim Beschwerdeführer eine durch das Schmerzerleben sehr deutlich eingeschränkte kognitive Dauerbelastbarkeit, welche sich vor allem auf die Aufmerksamkeitsleistungen auswirke. Auch wenn er sich bei dem Sturz (aufgrund der Anamnese) eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) zugezogen habe, so sei das heute sehr geringe Ausdauerleistungsniveau nicht mehr als Folge dieser Verletzung erklärbar. Vielmehr sei die Schmerzproblematik so deutlich im Vordergrund, dass die Auffälligkeiten bei der Konzentrationsfähigkeit und den Aufmerksamkeitsleistungen im Rahmen der schmerzbedingten Leistungslimiten einzuordnen seien (Urk. 12 S. 4).

Im Austrittsbericht vom 16. Januar 2006 (Urk. 7/49) nannten Dr. med. K.____, Assistenzärztin, und Dr. med. L.____, Facharzt FMH f¼r Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rehaklinik C.____, folgende Diagnosen (Urk. 7/49 S. 1):

- Unfall am 5. Juli 2005: beim Tragen einer Holzkiste über kleine Mauer gestürzt, dabei Nacken an Mauer angeschlagen und Distorsion des Kopfes nach dorsal:
- Trauma der Halswirbelsäule mit persistierendem Zervikalsyndrom
- Computertomographie Halswirbelsäule vom 29. Juli 2005: Streckstellung, diskrete degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule
- Magnetresonanztomographie Halswirbelsäule vom 14. Oktober 2005: degenerative Veränderungen mit Chondrose C5/6 und C6/7. Fokale Hernie C5/6 lateral links mit Kompression Wurzel C6 links bei deutlicher foraminaler Einengung C5/6 links und C6/7 links mit möglicher Kompression Wurzel C7 links.
- mögliche MTBI
- Magnetresonanztomographie Schädels vom 14. Oktober 2005: unauffällig
- Schulter- und Thoraxprellung rechts

Im bisherigen Beruf als Maschinenführer bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/40 S. 2). Der Beschwerdeführer habe schmerzbedingt eine verminderte Belastbarkeit der Halswirbelsäule mit eingeschränkter Funktion und verhärteten Weichteilen rechtsseitig. Wiederholtes Häufwerkarbeiten oder Ausführen von Tätigkeiten in Zwangspositionen des Kopfes seien beschwerlich (Urk. 7/40 S. 3).

4.6.6.6. Im Bericht vom 6. Juni 2006 (Urk. 7/56) führte Kreisarzt Dr. med. M.____, Facharzt FMH f¼r Chirurgie, aus, die objektivierbaren Befunde und die vorgetragenen Beschwerden stimmten nicht überein. Die kräftig ausgebildete Muskulatur an beiden Armen stehe im Widerspruch zu den minimalen Ergebnissen bei der Prüfung der Kraft der Arme. Insbesondere die Kraft des Faustschlusses links mit 8 kg sei als Zeichen einer Selbstlimitierung zu beurteilen, ein Druck von 8 kg könne mit Daumen und Zeigefinger

erzielt werden. Auffallend sei bei der Abschlussbesprechung zudem gewesen, dass der Beschwerdeführer im Gespräch eine deutlich bessere Beweglichkeit des Kopfes gezeigt habe als bei der Untersuchung. So habe er spontan den Unfallhergang mit Reklination des Kopfes mit einer Rückwärtsneigung von zirka 40° sowie eine Rotation des Kopfes nach rechts von 40° gezeigt. Am 29. Juli 2005 sei eine Computertomographie der Halswirbelsäule angefertigt worden. Soweit der schriftlichen Dokumentation entnommen werden könne, sei damals im Bereich der Halswirbelsäule keine Diskushernie festgestellt worden. Drei Monate nach dem Unfallereignis sei mittels einer Magnetresonanztomographie eine fokale Hernie C5/6 links lateral mit Kompression der Wurzel C6 links sowie eine mögliche Kompression der Wurzel C7 links diagnostiziert worden. Die Diskushernie der Halswirbelsäule C5/6 links sei gemäß vorliegenden Berichten mit einer erheblichen zeitlichen Latenz nach dem Unfallereignis aufgetreten. Es sei demzufolge zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des bestehenden Vorschadens gekommen (Urk. 7/56 S. 3).

Zusammenfassend würden Anamnese und Befund auf eine Symptomausweitung hinweisen. Der Beschwerdeführer erachte sich in keiner Weise auch nur in minimalem Umfang als arbeitsfähig. Als Grund hierfür gebe er im Wesentlichen Kopfschmerzen begleitet von Müdigkeit und Konzentrationsstörungen an. Somatisch liessen sich heute an Kopf, Hals, Schulter und Thorax keine Unfallfolgen mehr nachweisen, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (Urk. 7/56 S. 3).

4.7 Im Bericht vom 1. August 2006 (Urk. 7/66a) nannte Dr. B. folgende Diagnosen (Urk. 7/66a S. 1):

- Status nach Abknicktrauma der Halswirbelsäule mit Kopfanprall am 5. Juli 2005 mit mittelschwerem bis schwerem Zervikalsyndrom, zervikogenen Kopfschmerzen und zervikogener Migräne
- deutliche prätraumatische degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit foraminale Hernie C5/6 links lateral
- schmerzbedingt neuropsychologische Funktionsstörungen
- Reizsyndrom des Plexus brachialis im costoclaviculären Übergangsgebiet rechts

Beim Beschwerdeführer sei eine schon prätraumatisch stark degenerativ veränderte Halswirbelsäule traumatisiert worden. Der Status quo ante sei bisher nicht erreicht. Wahrscheinlich handle es sich eher um eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes. In seinem bisherigen Beruf als Gramper sei der Beschwerdeführer weiterhin nicht arbeitsfähig (Urk. 7/66a S. 2).

4.8 Im Gutachten vom 5. Dezember 2006 (Urk. 7/83.1 = Urk. 3/2) hielt Dr. D., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, fest, aus der Vorgeschichte ergebe sich, dass der Beschwerdeführer schon früher gelegentlich unter Schmerzen im Nackenbereich gelitten habe (Urk. 7/83.1 S. 2). Als Diagnosen nannte Dr. D. einen Zustand nach Schleudertrauma, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom sowie rezidivierende Migräneattacken (Urk. 7/83.1 S. 11).

Beim Beschwerdeführer habe sich nach einem Unfall vom 5. Juli 2005 aufgrund der HWS-Distorsion ein chronifiziertes Schmerzsyndrom ausgebildet. Zusätzlich liege ein nach dem Trauma aufgetretenes Migränesyndrom vor (Urk. 7/83.1 S. 11). Zur Zeit sei der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Maschinenführer nicht länger als drei

Stunden t nglich belastbar. Auch andere Tätigkeiten dürften aufgrund der Schmerzsymptomatik selbst bei günstigen räumlichen Verhältnissen und nicht wesentlicher Anspannung nicht wirklich ausgeführt werden. Derzeit sehe er für den Zeitraum eines Jahres keine relevante Möglichkeit, den Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt für mehr als drei Stunden t nglich zu reintegrieren (Urk. 7/83.1 S. 13).

4.9     Im Gutachten vom 11. Januar 2007 (Urk. 7/78) nannte Dr. med. Y.____, Fachärztin FMH für Neurologie, folgende Diagnosen (Urk. 7/78 S. 9):

- Status nach Sturz am 5. Juli 2005 mit Kontusion des Nackens, der rechten Schulter und des Thorax bei fehlenden Zeichen eines Bewusstseinsverlustes, keine Zeichen einer MTBI

- degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit Diskushernie C5/6 und C6/7, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, ohne Kriterien für posttraumatische Kopfschmerzen

Aus der Unfalldokumentation gehe hervor, dass bei der ersten Untersuchung keine Kontusionszeichen vorhanden gewesen seien. Die Grundlage für die Diagnose basiere in diesem Fall auf der Echtzeitdokumentation und sie (Dr. Y.____) gehe deshalb von einem einfachen Sturz mit Kontusion des Nackens, des Thorax sowie der Schulter rechts aus. Die vom Beschwerdeführer später beschriebene Dynamik des Sturzes sei äusserst schwierig als Schleudertrauma zu rekonstruieren (Urk. 7/78 S. 10).

Die spontane Kopf-, Nacken- und Armbeweglichkeit sei uneingeschränkt. Die Untersuchung gestalte sich extrem schwierig. Die passive Beweglichkeit sei aus Schmerzgr nden verweigert und beim Versuch sei dagegen innerviert worden. Die Prüfung der Schulterbeweglichkeit rechts bereite allseits Schmerzen, die symmetrisch und gut ausgebildete Muskulatur zeige aber weder Hartspann noch Schonzeichen (Urk. 7/78 S. 7).

Beim durchgeführten Mini Mental Status handle es sich um eine orientierende kursorische Untersuchung, welche persönliche Kollaboration erfordere. Die jetzt geltend gemachten neuropsychologischen Ausfälle mit einem aktuellen Resultat im Mini Mental Status von 13 (von insgesamt 30 Punkten) seien nicht mit dem erlittenen Trauma vereinbar. Ein derart markantes Resultat finde sich nur bei schweren psychoorganisch veränderten Patienten, beispielsweise in einem fortgeschrittenen Demenzzustand, der keine Selbständigkeit mehr ermögliche. Wäre diese aktuelle defiziente Hirnleistung Ausdruck eines Traumas, hätte unmittelbar posttraumatisch eine noch schwerere, unübersehbare Pathologie vorgelegen. Zudem sei auch die zeitliche Relevanz des Auftretens der geklagten Störungen mit dem Unfall nicht gegeben. Die Klagen seien ihrer Ansicht nach deshalb nicht Ausdruck eines Hirnschadens, sondern unfallfremden Ursachen wie beispielsweise einer Depression zuzuordnen (Urk. 7/78 S. 10). Der Beschwerdeführer habe vorgebracht, dass zur Zeit des Unfalls niemand nach einer möglichen Hirnblutung gesucht habe. Eine entsprechende Symptomatik habe damals aber auch nicht vorgelegen und in der nachträglich durchgeführten Magnetresonanztomographie seien überdies keine Zeichen für eine traumatische Hirnschädigung nachweisbar gewesen (Urk. 7/78 S. 11 oben).

Während im Gespräch Kopf- und Nackenbereich frei beweglich gewesen seien, habe sich die Situation in der klinischen Untersuchung geändert, ohne dass klinisch Zeichen einer Schonung oder Funktionsdefizite auszumachen gewesen seien. Die radiologisch

nachgewiesenen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule seien links, währenddem sich das Schmerzsyndrom wechselnd - überwiegend aber doch rechtsbetont - manifestierte. Die leicht bis mittelschweren degenerativen Veränderungen könnten zweifellos den organischen Kern der Schmerzen erklären, doch werfe die nicht korrelierende Seitenlokalisation der subjektiven Beschwerden erhebliche Fragen auf (Urk. 7/78 S. 11 Mitte).

Die typisch auftretenden sich diffus ausbreitenden Kopfschmerzen seien nicht posttraumatischer Natur. Gemäss Definition der International Headache Society (IHS) würden als posttraumatische Kopfschmerzen solche beurteilt, welche innerhalb von sieben Tagen nach gehabtem Trauma auftraten. Definitionsgemäss seien somit die Bedingungen von posttraumatisch verursachten Kopfschmerzen nicht erfüllt. Die Phänomenologie der angegebenen Schmerzen entspreche nach der erwähnten Nomenklatur den Spannungstyp-Kopfschmerzen (Urk. 7/78 S. 11 unten).

Ein Endzustand sei erreicht. Die geklagten Nackenschmerzen seien im Bereich der oberen Halswirbelsäule zu lokalisieren, sie seien zudem rechtsbetont und deshalb höchstens möglicherweise vorübergehend durch den Unfall verschlimmert worden (Urk. 7/78 S. 12 Ziff. 1, Ziff. 2).

4.10 Am 17. Oktober 2007 erstattete Dr. med. N. ____, Innere Medizin, Z. ____, ein polydisziplinäres Gutachten zu Händen der Invalidenversicherung (Urk. 23/2). Darin nannte er folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 23/2 S. 17 Ziff. 6.1):

- zervikozephal bis zervikospondylogenes Syndrom beidseits bei/mit:
- degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule
- segmentalen Dysfunktionen der mittleren Halswirbelsäule
- migräniformer Kopfschmerzkomponente
- wahrscheinlicher milder traumatischer Hirnschädigung, Magnetresonanztomographie Schädel vom 14. Oktober 2005 regelrecht
- klinisch ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik
- Magnetresonanztomographie Halswirbelsäule vom 14. Oktober 2005: degenerative Halswirbelsäulenveränderungen mit Osteochondrose und zirkulären Protrusionen C5-C7, fokale Hernie C5/6 lateral links mit Kompression der Wurzel C6 links, foraminale Einengung C6/7 links mit möglicher Kompression C7 links
- formal schwere neuropsychische Störung bei Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule am 5. Juli 2005 mit fraglicher MTBI (Differenzialdiagnose Schmerzsyndrom, Müdigkeit; Differentialdiagnose Aggravation, somatoforme Schmerzstörung)

Aufgrund des Unfallmechanismus sei von einer Distorsion der Halswirbelsäule auszugehen. Eine MTBI sei aufgrund des Unfallherganges und der Angabe einer initialen Benommenheit wahrscheinlich (Urk. 23/2 S. 19). Klinisch fassbar seien deutliche Verspannungszustände der gesamten Nackenmuskulatur. Die Nackenschmerzen seien zusätzlich deutlich durch die migräniforme Kopfschmerzkomponente überlagert (Urk. 23/2 S. 20).

Rein aus somatischer Sicht könnte sicher eine erheblich verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts attestiert werden. Dies sei bereits durch die Rehaklinik C. ___ angenommen worden. Für die bisherige Tätigkeit als Geleisebauer sowie die ursprüngliche Tätigkeit als Maschinenschlosser bestehe bestenfalls eine 30%ige Arbeitsfähigkeit, die praktisch aber nicht umsetzbar sein dürfte. Auch wenn die bisherige Tätigkeit körperlich eher leichter Natur gewesen sei, sei die Ausübung dieser aufgrund der zusätzlichen neuropsychologischen Einschränkungen und der Kopfschmerzsymptomatik als praktisch reine Nachtarbeit mit hoher Anforderung an die Konzentration und genaues Arbeiten derzeit nicht denkbar (Urk. 23/2 S- 20 oben).

Wie bereits früher mehrfach in den Akten erwähnt, finden sich auch aktuell deutliche Hinweise auf eine Ausgestaltung der Beschwerden. Dies dürfte in erster Linie aufgrund der unsicheren Zukunftsperspektive und beruflichen Chancen zu verstehen sein. Am deutlichsten zeigten sich diese Ausweitungen - nebst gewissen Diskrepanzen zwischen der subjektiv erlebten Einschränkung der Beweglichkeit und den objektivierbaren Befunden - vor allem in der neuropsychologischen Untersuchung. Hier finden sich formal schwere neuropsychologische Störungen. Diese Befunde würden im Vergleich zu den Vorbefunden in der Rehaklinik C. ___ vom 27. Dezember 2005 eine massive Verschlechterung darstellen, welche medizinisch nicht erklärbar und nicht plausibel sei. Damals sei aus neuropsychologischer Sicht eine leicht verminderte Leistungsfähigkeit festgestellt worden. Eine solche Progression sei aufgrund des Unfallherganges nicht begründbar. Im Weiteren hätten die aktuellen Leistungseinbussen ein Ausmass, welches im Rahmen eines dementiellen Syndroms gravierende Einschränkungen im Alltag erwarten lassen würde. Vor allem dass der Beschwerdeführer administrative oder finanzielle Belange selbständig erledigen oder auch pünktlich zu Terminen erscheinen könnte und sich zurecht finde, sei mit dem gezeigten Testungsprofil nicht vereinbar. Die auffälligen Ergebnisse in den Symptomvalidierungstests sowie deutliche Inkonsistenzen in den Testbefunden hätten den Hinweis auf eine Symptomausweitung begründet. Inwieweit diese bewusstseinsnah oder bewusstseinsfern im Rahmen der aus psychiatrischer Sicht zu diagnostizierenden somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren sei, müsse offen bleiben (Urk. 23/2 S. 20).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 17. August 2007 (Urk. 23/3) hielt Dr. med. O. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, fest, seitens des Bewegungsapparates zeige die klinische Untersuchung einen durchtrainierten Versicherten in sehr gutem Allgemeinzustand mit tendomyotischen Verspannungen im Bereich der Nackenmuskulatur sowie einer segmentalen Funktionsstörung, vornehmlich der mittleren Halswirbelsäule, vereinbar mit den radiologischen Veränderungen bei Diskopathien mehrsegmental. Zudem beständen, ebenfalls organisch nachweisbar, deutliche tendomyotische Verspannungen in der gesamten Nackenmuskulatur, die eine gewisse zervikogene Schmerzkomponente im Bereich der beklagten Kopfschmerzsymptome erklären könnte, doch scheine das ganze Ausmass der Symptome von einer erheblichen Migräne-Symptomatik überlagert zu sein, bezüglich der auf das neurologische Fachgutachten verwiesen werde (Urk. 23/2 S. 5).

Im neurologischen Teilgutachten vom 21. August 2007 (Urk. 23/2) hielten Dr. med. P. ___, Oberarzt, und Dr. med. Q. ___, Assistenzarzt, fest, aufgrund der Aktenlage, der Anamnese sowie der aktuell erhobenen neurologischen Untersuchungsbefunde bestehe ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit migräniformer Komponente sowie ein Status nach

einer wahrscheinlichen leichten traumatischen Hirnschädigung. Aufgrund des vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallmechanismus, welcher in zeitnah erhobenen Berichten weniger detailliert, jedoch konsistent, geschildert worden sei, sei von einem HWS-Distorsionstrauma mit Hyperextension der Halswirbelsäule auszugehen, da der Beschwerdeführer mit der Schulter auf die Mauer aufgekommen und der Kopf nach hinten geschleudert worden und erst durch das Aufkommen auf der 8 cm tiefer liegenden Rasenfläche gestoppt worden sei. Dies stimme überein mit der von Dr. A. ___ im Arztzeugnis vom 19. Juli 2005 beschriebenen Schulterprellung rechts sowie den anamnestischen Angaben im Arztbericht von Dr. B. ___ vom 26. Oktober 2005. Aufgrund der bereits gegenüber Dr. B. ___ und auch bei der aktuellen Exploration berichteten Benommenheit sei eine milde traumatische Hirnverletzung wahrscheinlich. Insgesamt bestehe ein adäquates Trauma zur Auslösung eines zervikozephalen Syndroms, vergleichbar mit einem HWS-Distorsionstrauma bei Auffahrunfällen. Der geschilderte Dauerkopfschmerz sei in diesem Rahmen zu interpretieren (Urk. 23/2 letzte Seite).

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 17. August 2007 (Urk. 23/3) hielten Dr. med. R. ___, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. S. ___, Assistenzärztin, fest, es könne insgesamt die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden, wobei diese Diagnose per se keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht habe. Eine Dysthymie wie auch eine eigenständige depressive Erkrankung im Sinne einer depressiven Episode könnten ausgeschlossen werden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dennoch sollte der Beschwerdeführer angehalten werden, Copingstrategien im Zusammenhang mit der Schmerzverarbeitung zu erlernen, weshalb eine psychosomatisch-psychotherapeutische Begleitung sinnvoll wäre (Urk. 23/3 letzte Seite).

E. 5

5.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass im zu beurteilenden Zeitpunkt beim Beschwerdeführer keine organischen Schädigungen ausgewiesen waren, welche nachweisbar auf den Unfall zurückzuführen wären. Nach dem Sturz vom 5. Juli 2005 wurde der Beschwerdeführer mehrfach gründlich abgeklärt, wobei unter anderen auch radiologische Untersuchungsverfahren zur Anwendung kamen. So wurde wegen der persistierenden Schmerzen rund drei Wochen nach dem Sturzereignis eine Computertomographie durchgeführt. Diese ergab einzig eine Streckhaltung der Halswirbelsäule, welche auf muskuläre Verspannungen hinwies. Eine Fraktur konnte dagegen nicht nachgewiesen werden. Außerdem zeigten sich leichte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (Urk. 7/10), welche anschließend einer Magnetresonanztomographie am 14. Oktober 2005 bestätigt wurden. Diese zeigte zudem keinerlei Hinweise auf eine Kontusion des Rückenmarks oder auf ligamentäre Läsionen (Urk. 7/33 S. 2). Aus den Akten ergibt sich weiter, dass es sich bei den Befunden an der Halswirbelsäule um degenerative prätraumatische Veränderungen handelt (Urk. 7/30 S. 3, Urk. 7/66a S. 2).

Aufgrund der Akten steht somit fest, dass der Beschwerdeführer zwar gewisse objektivierbare Befunde an der Halswirbelsäule aufweist, welche einen Teil der von ihm geklagten Beschwerden zu begründen vermögen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um organisch nachweisbare Schädigungen, welche die natürliche Kausalität zwischen den nach wie vor geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis

vom 5. Juli 2005 belegen würden, sondern um solche, die von den medizinischen Fachpersonen plausibel einem Vorzustand zugewiesen wurden. Daran vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers, er habe vor dem Unfall keine Beschwerden gehabt, diese seien deshalb alleine auf den Sturz zurückzuführen (Urk. 1 S. 1), nichts zu ändern. Aus dem Umstand, dass sich die aktenkundigen degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule bis zum Zeitpunkt des Unfalles nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt hatten und damit quasi ein stummer Vorzustand vorlag, kann nämlich nicht geschlossen werden, dass sämtliche Nackenbeschwerden auf den Unfall vom 5. Juli 2005 zurückzuführen sind. Dies käme der im unfallversicherungsrechtlichen Bereich untauglichen Formel *post hoc ergo propter hoc* gleich, gemäss welcher eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen U. vom 22. Juni 2007, U 225/06, Erw. 5.2).

Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Aktenlage zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine organischen Unfallfolgen im Sinne von objektivierbaren, strukturellen Schädigungen, vorhanden waren.

5.2.3 Aufgrund der medizinischen Akten ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass der Beschwerdeführer beim Sturz am 5. Juli 2005 ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitt. Hierin stimmen auch die Parteien überein, führte doch die Beschwerdegegnerin in ihrer Einspracheentscheid vom 11. April 2007 selber aus, es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine entsprechende Verletzung erlitten habe und die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen vorhanden seien (Urk. 2 S. 6 oben).

Darüber, ob der Beschwerdeführer beim Sturz ebenfalls eine MTBI erlitt, liegen verschiedene ärztliche Beurteilungen vor, wobei die Möglichkeit einer entsprechenden Verletzung hauptsächlich damit begründet wurde, dass der Beschwerdeführer eine Benommenheit respektive Ohnmacht nach dem Sturz angegeben hatte. In diesem Zusammenhang gilt es allerdings darauf hinzuweisen, dass die entsprechenden Beschwerden anlässlich der Erstkonsultation nach dem Unfall vom Beschwerdeführer nicht angegeben wurden. Erst anlässlich der Exploration durch Dr. B. führte der Beschwerdeführer aus, er sei nach dem Sturz zwei bis drei Minuten benommen gewesen. Gegenüber Dr. D. gab er sodann an, nach dem Sturz leichte Ohnmachtszustände gehabt zu haben und gegenüber Dr. Y. war die Rede von einer mehrminütigen Ohnmacht. Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Erstbehandlung, welche noch am Tag des Unfalls erfolgte, offenbar keinerlei Angaben zu einer Benommenheit oder gar Ohnmacht machte, bestehen gewisse Zweifel daran, ob er tatsächlich unter entsprechenden Symptomen gelitten hat. Dies zumal auch deshalb, weil sich bei der Würdigung der Akten gezeigt hat, dass der Beschwerdeführer mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfallereignis den Sturz und dessen Folgen als immer dramatischer beschrieb. Letztlich kann die Frage, ob der Beschwerdeführer sich bei seinem Sturz neben einer Distorsion der Halswirbelsäule auch eine MTBI zuzog, vorliegend aber offen bleiben, da rechtsprechungsgemäss die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas angewendet wird (vgl. vorstehende Erw. 1.6).

(Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2008 in Sachen M., 8C_649/2007, Erw. 5.1.1).

Beim Unfallereignis vom 5. Juli 2005 hat es sich um einen gewöhnlichen Sturz nach Ausrutschen auf den Rücken respektive die rechte Schulter mit Anschlagen des Kopfes auf einem Rasenstück und ohne äussere Verletzungen gehandelt. Aufgrund des augenfalligen Geschehensablaufes und insbesondere auch des Umstandes, dass der Beschwerdeführer sich bei dem Sturz keinerlei ossären oder ligamentären Läsionen zuzog, ist das Sturzereignis als leichter Unfall einzustufen. Dies steht auch in Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts, ist der vorliegend zu beurteilende Unfall doch vergleichbar mit den oben aufgeführten Ereignissen, welche das Bundesgericht (respektive des damalige EVG) allesamt den leichten Unfällen zugeordnet hat.

Bei solchen Unfällen kann die Adäquanz des Kausalzusammenhangs in der Regel ohne Weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse, davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 117 V 366 Erw. 6a mit Hinweisen).

5.4 Da besondere Umstände, bei denen eine Adäquanzbeurteilung auch bei Vorliegen eines leichten Unfalls ausnahmsweise vorzunehmen wäre (vgl. vorstehend Erw. 1.5), vorliegend nicht erstellt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Juli 2005 und den nicht organischen Unfallfolgen ohne Weiteres zu verneinen.

5.5 Nach dem Gesagten fehlt es an einem rechtsgültigen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Juli 2005 und den weiterbestehenden, organisch nicht nachweisbaren Unfallfolgen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Januar 2007 (Urk. 7/79) und mit dieser bestätigenden Einspracheentscheid vom 11. April 2007 die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2007 respektive per 31. Juli 2006 einstellte.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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