

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00248 vom 8. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00248](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00248)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00248 du 8 septembre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00248 del 8 settembre 2008

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Vorab ist die Frage nach einem zweiten Schriftenwechsel zu präzisieren.

2.2. Nach § 19 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) kann ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet werden. Ein solcher ist nach den Grundsätzen des rechtlichen Gehörs zu gewähren, wenn in der Vernehmlassung der Gegenpartei oder der Mitbeteiligten neue tatsächliche Behauptungen aufgestellt werden, deren Richtigkeit nicht ohne weiteres aktenkundig ist und die für die Entscheidung von wesentlicher Bedeutung sind.

2.3. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte beschwerdeweise geltend, dass dieser demnächst eine MedX-Therapie beginnen werde, weshalb Dr. med. I. \_\_\_\_, FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine aktuelle MRI-Untersuchung habe durchführen lassen und gestützt darauf die MedX-Therapie empfohlen habe. Die Resultate dieser MRI-Untersuchung lägen aber noch nicht vor, weshalb ein zweiter Schriftenwechsel oder eine Nachfrist zur Einreichung der Arztberichte anzusetzen sei (Urk. 1 S. 7).

Es ist gerichtsnotorisch, dass erhebliche Beweismittel während eines hängigen Verfahrens unaufgefordert aufgelegt werden dürfen, ohne dass es hierzu eines zweiten Schriftenwechsels oder einer Nachfristansetzung bedürfte. Es hätte Rechtsanwalt Antoniadis demnach ohne Weiteres offen gestanden, den Bericht über die offenbar im Mai 2007 bereits erfolgte MRI-Untersuchung aufzulegen. Weder hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die angekündigten Berichte eingereicht, noch beim Abschluss des Schriftenwechsel auf deren Uneinbringlichkeit hingewiesen. Das Gesuch um Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels bzw. um Ansetzung einer Nachfrist erweist sich demzufolge als unbegründet.

### E. 3

3.1. 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).

3.2.1 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 entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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

3.3.1 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).

3.4.1

3.4.1.1 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 begünstigt erscheint (BGE 129 V 81 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

3.4.2 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat

nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier (vgl. BGE 115 V 133):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung bzw. ab BGE 134 V 109: fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen bzw. ab BGE 134 V 109: erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bzw. ab BGE 134 V 109: 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 Erw. 10.2 f.; 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).

3.5 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht

schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee mit Hinweis).

3.6 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

#### E. 4

4.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer auf Grund des Unfallereignisses vom 28. September 2005 über den Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin auf den 3. September 2006 festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

4.2 Die erstbehandelnde Ärztin Dr. C., welche den Beschwerdeführer am 30. September 2005 untersucht hatte (undatierter Bericht, Urk. 11/2), erhob einen Hartspann an der Brustwirbelsäule beidseits sowie eine Druckdolenz im Nackenbereich rechts mehr als links und diagnostizierte eine Cervico-Cephalaea nach Schleudertrauma. Ab dem 30. September 2005 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig.

4.3 Dr. med. M., Facharzt FMH für Radiologie, stellte mit Bericht vom 30. September 2005 (Urk. 11/3) fest, dass die Aufnahmen der Halswirbelsäule eine cervicale Fehllhaltung und degenerative Veränderungen mit Discopathie und Einengung der entsprechenden Foramina intervertebralis C5 bis C7 beidseits sowie eine Spondylarthrose ergeben hätten. Traumatische Knochenläsionen seien nicht zur Darstellung gekommen.

4.4 Am 8. November 2005 (Urk. 11/5) erklärte der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin, dass er an starken Kopfschmerzen sowie Schwindelanfällen leide und keine schweren Gegenstände heben könne.

4.5 Mit Bericht vom 15. November 2005 (Urk. 11/20) diagnostizierte Dr. H. therapierefraktäre Kopfschmerzen und Hyposmie bds. bei Status nach Verkehrsunfall mit wahrscheinlich commotio cerebri und warf die Frage nach einem zusätzlichen HWS-Schleudertrauma auf. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall keine Schmerzen verspürt habe. Die Beschwerden hätten sich erst am nächsten Tag mit intensiven Kopfschmerzen eingestellt. Im Verlauf hätten sich dann auch etwas Nackenschmerzen im Bereich der oberen Brustwirbelsäule ergeben. Insbesondere initial hätten offensichtlich auch neuropsychologische Defizite mit starker Vergesslichkeit bestanden. Für den Beschwerdeführer ständen derzeit die Kopfschmerzen im Vordergrund, welche zum Teil intensiv werden könnten und bei kleiner Belastung sofort exazerbierten. Zudem mache er eine Hyposmie und ein vermindertes Geschmacksempfinden, insbesondere beim Essen, geltend. Dr. H.

beschrieb den Beschwerdeführer als insgesamt leicht verlangsamt und zum Teil als etwas schwer besinnlich. Im Übrigen habe sich ein neuropsychologisch unauffälliger Befund ergeben. Der Arzt führte weiter aus, dass sich die Beschwerden über sechs Wochen wenig verbessert hätten und der Beschwerdeführer weder seine Arbeit noch sein gewohntes Krafttraining wieder aufnehmen könne.

4.6. Dr. med. J. \_\_\_\_, Neuroradiologie/Radiologie, notierte am 15. November 2005 (Urk. 11/19), die Verhältnisse am Gehirn stellten sich abgesehen von einer Mini-Inhomogenität frontal subkortikal links unauffällig und normal dar. Insbesondere seien keine Hinweise auf frontobasale Kontusionen zu finden. Ebenso liessen sich traumatische cerebrale Veränderungen nicht visualisieren. Maxillar links sei eine Schleimhautzyste, am ehesten als Neben aspekt, zu finden. Sichere Entzündungen nasal oder in den Nebennasenhöhlen lägen ebenfalls nicht vor, jedoch eine Septumdeformität.

4.7. Am 18. November 2005 (Urk. 11/21) berichtete Dr. H. \_\_\_\_, zu Händen Dr. C. \_\_\_\_, dass er dem Beschwerdeführer dringend geraten habe, forcierte Fussmärsche und ein Training aufzunehmen. Eine klare Trainingssteigerung sei anzustreben. Gelingen es nicht, die nichtsteroidalen Antirheumatika drastisch zu reduzieren, so müsste eine neue Strategie ins Auge gefasst werden.

4.8. Wiederum zu Händen Dr. C. \_\_\_\_, schrieb Dr. H. \_\_\_\_, am 19. Dezember 2005 (Urk. 11/22), dass der Beschwerdeführer bezüglich Kopfschmerzen deutliche Fortschritte gemacht habe und den Ponstanverbrauch von vier bis fünf Tabletten auf eine bis zwei Tabletten täglich senken könne. Morgens beim Aufwachen verspüre er keine Kopfschmerzen mehr. Der Kopfschmerz manifestiere sich jedoch weiterhin bei Belastung, weshalb die Aufnahme eines körperlich strengen Trainings noch nicht möglich sei, regelmässige Spaziergänge hingegen schon. Neben Dihydroergot und Magnesium nehme der Beschwerdeführer auch Remeron ein. Dr. H. \_\_\_\_, schätzte den Verlauf insgesamt als günstig ein, insbesondere, da sowohl die Kopf- als auch die Rückenschmerzen deutlich rückläufig seien. Es werde jedoch noch eine weitere lange Strecke brauchen, bis der Beschwerdeführer wieder ganz arbeitsfähig sei.

4.9. Gemäss Erhebungsblatt für Abklärung von HWS-Fällen der SUVA vom 4. Januar 2006 (Urk. 11/16) traten beim Beschwerdeführer innerhalb dreier Tage nach dem Unfall Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen auf, welche persistierten. Der ebenfalls nach dem Unfall verspürte Schwindel sei weg. Von der Entfaltung des Airbags sei zudem Staub in sein linkes Auge geraten. Während einiger Zeit sei der Geschmackssinn weg gewesen, dieser sei aber nunmehr wieder vorhanden. Der Beschwerdeführer machte schliesslich geltend, er leide seit dem Unfall unter Vergesslichkeit und Konzentrationsproblemen und habe Schlafprobleme. Einen krankhaften Vorzustand verneinte er (Urk. 11/16/3). Seit dem 22. Dezember 2005 sei er wieder zu 20 % arbeitsfähig.

4.10. Betreffend derzeitige Therapie gab der Beschwerdeführer an (Urk. 11/18), zwei bis drei mal wöchentlich Dr. K. \_\_\_\_, zur chiropraktischen Behandlung aufzusuchen.

4.10. Am 23. Januar 2006 berichtete Dr. C. \_\_\_\_, (Urk. 11/23), dass sich die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers langsam besserten und er nur noch eine Tablette Ponstan täglich benötige. Die Konzentrationsstörungen dauerten demgegenüber an.



die Kopfschmerzen anhand eines Schmerzprotokolls zu dokumentieren, gewonnen werden können. Auch sonst habe sich der Beschwerdeführer nicht sonderlich am Gespräch über Umgangsstrategien mit Schmerzen interessiert gezeigt. Als er am 29. Mai 2006 bei einem weiteren Arztgespräch bekräftigt habe, er sei nicht bereit, ein Trainingsprogramm durchzuführen, um noch mehr Kopfschmerzen zu haben, sei das Training abgebrochen und der Beschwerdeführer zur Etablierung einer geeigneten medikamentösen Basistherapie an Dr. H. \_\_\_ überwiesen worden (Urk. 11/39/2). Dr. F. \_\_\_ bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der bisherigen Tätigkeit, erachtete aber eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit während dreier Stunden tageslang als denkbar (Urk. 11/39/1).

4.14. Gemäss Bericht des Kantonsspitals L. \_\_\_ vom 15. Juni 2006 (Urk. 11/33) exazerbierten die Kopfschmerzen des Beschwerdeführer aufgrund einer am 12. Juni 2006 erstmals durchgeführten Bioenergie-Therapie, weshalb er sich notfallmässig in Spitalpflege begeben habe. In verbessertem Allgemeinzustand nach deutlicher Linderung der Kopfschmerzen habe er entlassen werden können.

4.15. Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2006 notierte Dr. G. \_\_\_ (Urk. 11/40), dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden nicht betone und adäquat darstelle, jedoch etwas desillusioniert wirke. Sein Bewegungsstatus zeige ein unauffälliges Muster, und während des Gespräches hätten weder Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit, noch Beeinträchtigungen der Beweglichkeit festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei konzentriert und aufmerksam, aber von der Gesamtsituation gezeichnet (ernst und weinerlich) (Urk. 11/40/3). Gleichwohl habe er sich über dauernde Kopfschmerzen vom Nacken ausgehend beklagt, die zwar nicht immer gleich stark, aber immer vorhanden seien. Die Beschwerden seien zwar seit dem Unfallereignis, nach welchem er sich wegen verspanntem Rücken kaum mehr habe bewegen können, extrem besser geworden. Trotzdem leide er noch an Schmerzen von Mitte Rücken über den Nacken bis in den Kopfbereich (Urk. 11/40/2). Dr. G. \_\_\_ stellte fest, dass das Hauptproblem des Beschwerdeführers die rechtsseitigen Kopfschmerzen seien, beginnend mit unspezifischen Muskelverspannungen von thoracal paravertebral rechts über zervikal und cranial parietal rechts bis ins Auge mit einzelnen Ausstrahlungen über den Arm. Posttraumatische Veränderungen, welche die Beschwerdesituation begründen würden, hätten jedoch keine nachgewiesen werden können. Die erhobenen degenerativen Veränderungen erklärten die Beschwerden nur teilweise. Da auch die medizinischen Untersuchungen keine Klärung bezüglich der Gesamtsituation herbeigeführt hätten, habe die extreme Kopfschmerz-Situation nicht eingeordnet werden können. Die festgestellten Verspannungen seien als Bagatelle, unspezifisch und nicht wesentlich beeinträchtigend zu werten. Aufgrund der Tatsache, dass sich in der Regel die Beschwerden nach einem Unfall verminderten, vorliegend diese aber gleichbleibend, wenn nicht sogar stärker geworden seien, und auf keine Therapie ansprechen, sei die Beschwerdesituation natürlich-kausal zum Unfallereignis nicht zu erklären. Auch wenn ausgehend von den somatischen Befunden eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % nicht nachvollziehbar sei, so sei eine solche unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden möglich (Urk. 11/40/4). Dr. G. \_\_\_ führte schliesslich aus, dass sich eine Integritätsentschädigung durch die klinischen Befunde nicht rechtfertigen lasse. Da verschiedenste schulmedizinische und alternative Therapien nicht den gewünschten Erfolg erzielt hätten, könne eine Weiterführung von Therapien nicht

empfohlen werden (Urk. 11/40/5).

4.16. Mit Bericht vom 7. Juli 2006 (Urk. 11/43) schrieb Dr. H.\_\_\_\_, dass trotz intensiver therapeutischer Bemühungen die Beschwerden kaum nachgelassen hätten. Es bleibe ihm nur noch die Möglichkeit, die zur Verfügung stehenden Medikamente auszuprobieren. Der Arzt wies darauf hin, dass sich Kopfschmerzen nach Distorsionstraumata häufig als sehr therapieresistent erwiesen. Eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei derzeit offensichtlich.

4.17. Am 13. Juli 2006 (Urk. 11/44) diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ einen funktionellen Belastungsschwindel. Psychosoziale Belastungen seien verschiedene festzustellen. So sei die berufliche Zukunft des Beschwerdeführers offen und durch die Schmerzen sowie die depressive Verstimmung gebe es partnerschaftliche Probleme. Zudem leide der Beschwerdeführer an Nackenschmerzen. Er habe berichtet, dass ihm nichts mehr Freude mache und er in den letzten Wochen fünf Kilogramm an Körpergewicht verloren habe. Im Hinblick darauf, dass der Beschwerdeführer recht depressiv gewirkt habe, habe er eine dreiwöchige Therapie mit Remeron gestartet.

## E. 5

5.1. Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 3. September 2006 abschloss.

Die ärztliche Aktenlage dokumentiert einen bis zum Juni 2006 günstigen Heilungsverlauf. So bezeichnete Dr. H.\_\_\_\_ im Dezember 2005 den Verlauf als insgesamt günstig und hielt fest, dass sowohl die Kopf- als auch die Rückenschmerzen rückläufig seien, es jedoch noch eine weitere lange Strecke brauche, bis der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig sei (Erw. 4.8). Im Januar 2006 bestätigte Dr. C.\_\_\_\_, dass sich die Kopfschmerzen langsam besserten, wohingegen die Konzentrationsstörungen noch andauerten. Betreffend die voraussichtliche Behandlungsdauer gab die Ärztin an, dass eine solche nicht planbar sei (Erw. 4.10). Im Juni 2006 notierte Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_, dass während des Untersuchungsgesprächs weder Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit noch eine Beeinträchtigung der Beweglichkeit festzustellen gewesen seien, dass der Beschwerdeführer aber offenbar immer noch stark unter den Kopfschmerzen leide (Erw. 4.15). Dass vor dem Hintergrund der bereits schon intensiv betriebenen Therapien - jedoch ohne weitere Besserung der Kopfschmerzen - (vgl. Erw. 4.16) von den behandelnden Ärzten zur Linderung dieser Problematik keine erfolgsversprechende Therapie mehr vorgeschlagen werden konnte, ist ebenso aktenkundig. Nachdem der Beschwerdeführer noch im Januar 2006 mit Physiotherapie, Chiropraktik und Medikamenten behandelt worden war, verweigerte er in der Rehaklinik E.\_\_\_\_ im Juni 2006 die Mitwirkung beim Trainingsprogramm und zeigte sich auch nicht an Umgangsstrategien mit Schmerzen interessiert, so dass diese ambulante Behandlung abgebrochen werden musste (vgl. Erw. 4.13). Eine Bioergotherapie brachte ebenso wenig Erfolg (Erw. 4.14). Dass von der Anwendung einer weiteren Therapie - Dr. H.\_\_\_\_ bezeichnete als letzte Möglichkeit die Anwendung anderer Medikamente (Erw. 4.16) - eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen wäre (Erw. 3.1), ist vor diesem Hintergrund alles andere als überwiegend wahrscheinlich (Erw. 3.6). Damit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht abschloss. Daran ändert auch nichts, dass Dr. H.\_\_\_\_ ab Dezember 2005 noch eine weitere lange Strecke bis zur vollständigen

Arbeitsfähigkeit als nichtig erachtete (Erw. 4.8), ist doch zu prüfen, ob im September 2006, also bei Fallabschluss, von einer weiteren Therapie noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden durfte.

5.2.1.1 Unter den Parteien ist weiter strittig, ob zwischen dem Unfall und den noch geklagten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. Erw. 1.1 und 1.2).

5.2.1.1.1 Aus den ärztlichen Berichten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer keine durch das Unfallereignis vom 28. September 2005 verursachten nachweisbaren organischen Schädigungen vorlagen. So brachte das MRI vom 30. September 2005 keine traumatischen Knochenläsionen, jedoch eine cervicale Fehlstellung und degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule sowie eine Spondylarthrose zur Darstellung (Erw. 4.3). Auch die Untersuchung des Gehirns vom November 2005 brachte - abgesehen von einer Mini-Inhomogenität - unauffällige und normale Befunde zu Tage. Insbesondere liessen sich keine traumatischen cerebralen Veränderungen visualisieren (Erw. 4.6).

5.2.1.1.2 Damit ergibt sich, dass ausser unspezifischen Muskelverspannungen keine mit dem Unfall in Zusammenhang stehenden organische Befunde erhoben wurden und damit kein nachweisbares organisches Korrelat vorlag.

5.2.2.1 Zwei Tage nach dem Unfall diagnostizierte Dr. C. eine Cervico-Cephalaea nach Schleudertrauma, ohne dafür jedoch entsprechende Befunde zu erheben (vgl. Erw. 4.2; Hartspann beidseits der Brustwirbelsäule, Druckdolenz im Nackenbereich). Erst am 8. November 2005, also mithin rund fünf Wochen nach dem Unfall, gab der Beschwerdeführer an, neben den Kopfschmerzen auch an Schwindel zu leiden (Erw. 4.4). Schliesslich hielt Dr. H. am 15. November 2005 fest, dass offenbar initial auch neuropsychologische Defizite bestanden hätten, und hielt eine Hirnerschütterung bei Unfall als wahrscheinlich, liess aber das Vorliegen eines HWS-Schleudertraumas offen (Erw. 4.5). Am 4. Januar 2006 gab der Beschwerdeführer gemäss Erhebungsblatt an, innerhalb dreier Tage an Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen gelitten zu haben. Seit dem Unfall sei er auch vergesslich und habe Konzentrationsprobleme (Erw. 4.9).

5.2.2.2 Auch wenn von der Rechtsprechung des Bundesgerichts ausgegangen würde, wonach für die Bejahung einer HWS-Distorsion das Auftreten der meisten der dem bunten Beschwerdebild zugerechneten Symptomen (vgl. Erw. 3.3) bereits innert der massgebenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nicht erforderlich ist, sondern genügt, 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), kann die Frage nach der natürlichen Kausalität, insbesondere auch mit Blick auf den degenerativen Vorzustand und dessen ungeklärten Auswirkungen, offen bleiben, ist doch - wie nachfolgend aufgezeigt wird - die Adäquanz zu verneinen.

5.3.1 Es steht fest, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht einem organisch nachweisbaren unfallbedingten Substrat zuzuordnen sind. Ebenso bestehen keine Hinweise dafür, dass eine psychische Erkrankung im Vordergrund stünde. Damit gelangt zur Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhanges die oben in Erw. 3.4.2 zitierte, mit BGE 117 V 359 eingeleitete und mit BGE 134 V 109ff. weiterentwickelte Rechtsprechung zur Anwendung.

5.3.1 Während die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 28. September 2005 als mittelschwer im Sinne der Rechtsprechung einstufte (Urk. 2 S. 9), ging der Beschwerdeführer von einem mittelschweren Unfall mit Tendenz gegen schwer aus (Urk. 1 S. 7).

Zum Zusammenstoss war es gekommen, als ein Fahrzeuglenker ein Rotlicht missachtete und schräg-frontal in das Auto des Beschwerdeführers prallte (vgl. Urk. 11/29/2 und Urk. 11/24/8). Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen F. vom 10. April 2006, U 177/05, Erw. 5.1). Im vorliegenden Fall handelte es sich nicht um einen Auffahrunfall, sondern um eine frontal-seitliche Kollision, wobei laut biomechanischer Kurzbeurteilung das Fahrzeug des Beschwerdeführers eine Geschwindigkeitsänderung unterhalb eines Bereichs von 20 - 30 km/h erfuhr (Er. 4.12). Der Schaden am Fahrzeug des Beschwerdeführers von Fr. 16'935.-- war beträchtlich (vgl. Urk. 11/10/2), was auf eine eher heftige Kollision schliessen lässt. Es rechtfertigt sich daher, den Unfall als mittelschwer zu qualifizieren. Unter Berücksichtigung des Unfallherganges und der Rechtsprechung ist jedoch ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszuschliessen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 29. Mai 2006, U 14/05, Erw. 4.1., in welchem das Gericht das Vorliegen des Grenzbereiches zu den schweren Unfällen bei einer seitlichen Kollision in einem Verkehrskreislauf, wo das Fahrzeug der Beschwerdeführerin um 180° abgedreht und ausserhalb des Verkehrskreislaufes zum Stillstand kam, ausschloss; weitere Beispiele in RKUV 199 Nr. U 330 S. 123).

Damit ist eine adäquate Kausalität nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemässes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder verschiedene Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind.

5.3.2 Der Unfall vom 28. September 2005 war weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch war er - objektiv betrachtet - besonders eindrücklich. Zwar schlug der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben mit dem Kopf an die linke Autoscheibe (vgl. Urk. 11/16/2). Er war aber fähig, das Unfallprotokoll ohne Hilfe der Polizei auszufüllen (vgl. Urk. 11/4/3), und suchte erst zwei Tage später einen Arzt auf (Erw. 4.2).

5.3.3 Der Beschwerdeführer erlitt auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. Im Gegenteil waren den Röntgenbilder keine unfallbedingten Läsionen zu entnehmen. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) reicht eine Häufung der für ein HWS-Schleudertrauma typischen Beschwerden dafür nicht aus. Dass die entsprechenden Symptome von einer besonderen Schwere gewesen wären, ergibt sich nicht aus dem Bericht von Dr. C. \_\_\_\_, welche lediglich einen Hartspann an der Brustwirbelsäule und eine Druckdolenz im Nackenbereich erhob (Erw. 4.2). Dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben kurz vor dem Zusammenstoss nach links geblickt habe (vgl. Urk. 11/16/2), genügt nicht, um das Kriterium einer besonderen Körperhaltung mit dadurch bewirkten Komplikationen zu erfüllen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen F. vom 10. April 2006, U 177/05, Erw. 5.1) und ist im Übrigen nicht ausgewiesen.

5.3.4.1.1. Ebenso wenig ist von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auszugehen, darf eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma noch als üblich betrachtet werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen E. vom 30. März 2005, U 426/04, Erw. 7.2.3). Der Einwand des Beschwerdeführers, der Fallabschluss sei mit Blick auf dieses Kriterium verfrüht erfolgt, vermag nicht, konnte doch - wie oben gezeigt - nicht mehr von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden (Erw. 5.1). Schliesslich ist nach neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung entscheidend, ob nach dem Unfall fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztlichen Behandlungen nötig waren (Erw. 3.4.2). Dies ist vorliegend nicht erfüllt, bedeuten physiotherapeutische und medikamentöse Massnahmen doch keine erhebliche Mehrbelastung.

5.3.5.1.1. Obwohl Dr. H. im Dezember 2005 die Kopf- und Rückenschmerzen als deutlich rückläufig bezeichnet hatte (Erw. 4.8), beklagte sich der Beschwerdeführer gegenüber Dr. G. noch im Juni 2006 über persistierende Kopfschmerzen, wiewohl Dr. G. während des Untersuchungsgesprächs vom 20. Juni 2006 keinerlei Beschwerden mehr feststellen konnte (Erw. 4.15). Ebenfalls im Juni 2006 suchte der Beschwerdeführer infolge exazerbierender Kopfschmerzen das Krankenhaus auf (Erw. 4.14). Unter Berücksichtigung der präzisierten Rechtsprechung, welche nur auf glaubhafte, erhebliche Beschwerden ohne wesentlichen Unterbruch zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss abtut (BGE 134 V 109 S. 128), kann das Kriterium als erfüllt betrachtet werden. Einschränkend ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik E. sowohl der Trainingstherapie als auch dem Gespräch über Umgangsstrategien mit Schmerzen verschloss und sich weigerte, seine Kopfschmerzen zu dokumentieren (Erw. 4.13). Aus dieser Sicht erscheint fraglich, ob der Beschwerdeführer ununterbrochen an starken Kopfschmerzen litt und das Kriterium erfüllt ist. Jedenfalls ist es nicht in besonders ausgeprägter oder auffälliger Weise erfüllt.

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

5.3.7.1.1. 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. So erklärte Dr. H. im Juli 2006, dass sich Kopfschmerzen nach Distorsionstrauma häufig als therapieresistent erwiesen (Erw. 4.16). Schliesslich ist auch hier auf das unverständliche, gar unkooperative Verhalten des Beschwerdeführers in der Rehaklinik E., welches den Therapieabbruch zur Folge hatte, hinzuweisen. Damit liegen weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen vor.

5.3.8.1.1. Nicht erfüllt ist schliesslich das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch RUKV 2001 Nr. U 442 S. 544). Nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab dem 30. September 2005 nahm der Beschwerdeführer ab Dezember 2005 seine Arbeit zu 20 % wieder auf, wobei er sich auf leichte Tätigkeiten im Betrieb beschränkte (Urk. 11/18/1). Ab dem 23. Januar 2006 bestand gemäss

Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Erw. 4.10). Demgegenüber bestätigte Dr. F. \_\_\_ (mangels Kenntnis der Belastungsanforderungen; vgl. Urk. 11/39/1) eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % im bisherigen Beruf, erachtete jedoch eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 3 Stunden tÄglich als denkbar (Erw. 4.13). Dr. G. \_\_\_ bezeichnete schliesslich eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % als nicht nachvollziehbar, unter Berücksichtigung der subjektiven Schmerzen jedoch als möglich (Erw. 4.15). Dass der Beschwerdeführer über mehrere Monate nur zu 20 % arbeitstätig war, ist - wenigstens teilweise - auf unfallfremde Gründe zurückzuführen, da in seinem Betrieb nicht mehr leichte Tätigkeiten anfielen (vgl. Urk. 11/18/1; 95 % Spenglerarbeiten). Auch mit Blick auf die präzisierete Rechtsprechung ist das Kriterium nicht erfüllt, ist dabei doch auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 S. 130). Wie bereits ausgeführt, war dieser aktenkundig gering (Erw. 4.13; 5.3.5).

5.4 Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien - wenn überhaupt - nur das Kriterium der Dauerschmerzen erfüllt ist, dies aber nicht in ausgeprägter Masse (Erw. 5.3.5). Damit sind die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht adäquat zum Unfallereignis vom 28. September 2005. Die Beschwerdegegnerin hat demgemäss zu Recht einen Leistungsanspruch über den 3. September 2006 hinaus verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Christos Antoniadis
  - Rechtsanwalt Christian Leupi
  - 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).