

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00325 vom 22. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00325

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00325 du 22 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00325 del 22 giugno 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen erhob die Helsana Versicherungen AG am 11. Juli 2007 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Entscheides sowie die Erbringung der gesetzlichen Leistungen durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Das Gericht legte diese Beschwerde unter Prozess-Nummer UV.2007.00305 an.

Am 18. Juli 2007 liess auch X., vertreten durch Regula Schwaller, Beschwerde erheben und beantragen, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, ergänzende fachärztliche Abklärungen zu tätigen und die Adäquanz des Beschwerdebildes zu bejahen (Urk. 10/1). Diese Beschwerde legte das Gericht unter der Prozess-Nummer UV.2007.00331 an.

Nachdem die Beschwerdegegnerin am 10. September 2007 um Sistierung des Verfahrens ersucht hatte, bis das von den Parteien vereinbarte Gutachten von Prof. Dr. med. F., Neurologie, Klinik G., vorliege (Urk. 10/8), vereinigte das hiesige Gericht die beiden Verfahren (UV.2007.00331 und UV.2007.00325) mit Verfüugung vom 5. November 2007 (Urk. 11). Nach Stellungnahme der Helsana Versicherungen AG am 28. November 2007 zum Sistierungsgesuch der Beschwerdegegnerin (Urk. 15) wurde das unter der Prozessnummer UV.2007.00325 weitergeführte Verfahren mit Verfüugung vom 3. Dezember 2007 sistiert (Urk. 16).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2008 ersuchte die Beschwerdegegnerin unter Auflage des Gutachtens der Prof. F. und Prof. Dr. med. H., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. September 2008 (Urk. 21/1) um Abweisung der Beschwerden (Urk. 19).

Nachdem die angeordnete Sistierung des Verfahrens mit Verfüugung vom 17. Dezember 2008 aufgehoben (Urk. 22), die Helsana Versicherungen AG mit Replik vom 12. Januar 2009 (Urk. 26) und der Beschwerdeführer mit Replik vom 20. April 2009 (Urk. 31) an ihren Anträgen festgehalten und die Beschwerdegegnerin am 13. Mai 2009 auf Erstattung einer Duplik verzichtet hatte (Urk. 35), erweist sich das Verfahren als spruchreif.

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

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin hatte mittels angefochtenem Entscheid das Vorliegen unfallbedingter, klar nachweisbarer struktureller Veränderungen verneint (Urk. 1 S. 8). Den in Bezug auf das erlittene Halswirbelsäulen(HWS)-Trauma noch geltend gemachten, organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerden fehle es an der Adäquanz zum Unfallereignis (Urk. 1 S. 10). Da zudem weitere Behandlungsmassnahmen und medizinische Abklärungen über den 31. Oktober 2006 hinaus nicht notwendig gewesen seien (Urk. 1 S. 8), sei die Leistungseinstellung per 31. Oktober 2006 nicht zu beanstanden (Urk. 1 S. 10).

In der Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf das neu aufliegende Gutachten der Prof. F. ___/H. ___ fest, es hätten sich keine unfallbedingten Läsionen der Wirbelsäule (WS) verifizieren lassen (Urk. 19 S. 3). Was die im Gutachten ausgeführte vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes betreffe, sei eine Zunahme der vorbestehenden, degenerativen Veränderungen an der HWS nicht nachgewiesen (Urk. 19 S. 4), weshalb von einer vorübergehenden Verschlechterung während der Dauer von maximal einem Jahr auszugehen sei. Mithin seien unfallbedingte Langzeitfolgen nicht ausgewiesen (Urk. 19 S. 5). Endlich habe der Beschwerdeführer eine leichte Beschleunigungsverletzung der HWS, die einem Grad III der Klassifikation der Quebec Task Force entspreche, erlitten, welcher jedoch der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis fehle (Urk. 19 S. 5-6).

1.2 Die Helsana Versicherungen AG hatte beschwerdeweise geltend gemacht, die Adäquanzprüfung sei verfrüht erfolgt (Urk. 1 S. 4). So habe Dr. D. ___ festgestellt, dass die Behandlung nach eineinhalb Jahren als abgeschlossen betrachtet werden könne; die Beschwerdegegnerin habe den Fall indes bereits ein Jahr nach dem Unfallereignis abgeschlossen. Sodann habe auch Prof. E. ___ im Juni 2007 verschiedene therapeutische Massnahmen genannt, welche auf eine Besserung des momentanen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers abzielten (Urk. 1 S. 4). Zusammengefasst habe damit kein mit dem Fall betrauter Arzt den unfallbedingten Heilungsprozess als per 31. Oktober 2006 als abgeschlossen betrachtet. Im Gegenteil verhalte es sich so, dass sich die Ärzte auch im heutigen Zeitpunkt von verschiedenen Massnahmen noch eine erhebliche Besserung des gesundheitlichen Befindens des Beschwerdeführers erhofften (Urk. 1 S. 5).

Replicando brachte die Helsana Versicherungen AG vor, aus dem Gutachten ergebe sich, dass die volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch nicht wiederhergestellt sei, weshalb bereits unter diesem Gesichtspunkt nicht vom Erreichen des Endzustandes gesprochen werden könne. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin seien überdies strukturelle Schäden sehr wohl vorhanden, hätten die Gutachter doch einen Integritätsschaden festgestellt und diesen mit 10 % beziffert. Selbst bei Annahme des Endzustandes sei die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Rahmen von Art. 21 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) noch nicht beendet (Urk. 26 S. 2), wobei das Erreichen eines allfälligen Endzustandes frühestens auf den Begutachtungszeitpunkt (Mai 2008) festgelegt werden könne (Urk. 26 S. 3).

1.3 Der Beschwerdeführer liess insbesondere vorbringen, die ihm vom Kreisarzt Dr. B. ___ zugemutete Arbeitsfähigkeit von 50 % habe von ihm nie erbracht werden können. Auch wenn er während etwa 60 % der Arbeitszeit im Betrieb anwesend sei, sei er lediglich im Stande, wenig mehr als 30 % seiner normalen Leistung zu erbringen. Es sei ihm nicht möglich, selber bei den Reinigungsarbeiten Hand anzulegen; seine Tätigkeit beschränke sich daher auf das Aquirieren und die Beratung von Kunden, auf

Dispositionen und Kontrollfunktionen an Ort und Stelle (Urk. 10/1 S. 2). Für den Neurologen Dr. C.____ stehe zudem ausser Zweifel, dass die noch bestehenden Beschwerden unfallkausal seien, weshalb deren Adäquanz ohne Weiteres zu bejahen sei (Urk. 10/1 S. 3).

Replicando machte der Beschwerdeführer geltend, er habe durch das Unfallereignis auch psychisch Schaden genommen, weshalb eine psychiatrische Behandlung (Urk. 31 S. 3) sowie eine eingehende psychiatrische Abklärung angezeigt seien (Urk. 31 S. 4). Zudem sei die Integritätsschädigung aus diesem Grund auf über 10 % zu schätzen (Urk. 31 S. 4). Seien die Heilbehandlungen noch nicht abgeschlossen und die psychische Symptomatik ungenügend abgeklärt, so sei der Endzustand noch nicht erreicht, weshalb die Beschwerdegegnerin den Fall verfrüht abgeschlossen habe (Urk. 31 S. 5).

2.2.2.2

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [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).

2.2 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).

2.3. 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, Übelkeit, 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 Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

2.4. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 2.5

2.5.1. 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).

2.5.2. 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 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 Eindrücklichkeit 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).

2.6 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 wurdigt (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. 3

3.1 Streitig und zu prägen ist, ob der Beschwerdeführer auf Grund des Unfallereignisses vom 4. Oktober 2005 über den Zeitpunkt der von der

Beschwerdegegnerin auf den 31. Oktober 2006 festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2. Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals I., Unfallchirurgie, diagnostizierten am 4. Oktober 2005 (Urk. 20/3) eine Muskelzerrung des Musculus deltoideus rechts nach Autounfall. Ausser einer Druckdolenz im Bereich des Musculus deltoideus rechts stellten sie keine pathologischen Befunde fest. Kontusionsmarken fehlten ebenso wie ossäre Läsionen im Bereich des Thorax und der HWS. Indes wurden bildgebend degenerative Veränderungen der unteren HWS visualisiert. Versehen mit Flector-Pflaster wurde der Beschwerdeführer in die Behandlung des Hausarztes entlassen.

3.3. Dr. Z., welcher den Beschwerdeführer am nachfolgenden Tag untersuchte (Bericht vom 14. Oktober 2005, Urk. 20/6), stellte die (vorläufigen) Diagnosen einer Muskelzerrung des Musculus deltoideus rechts, eines Schleudertraumas sowie eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms. Er gab im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma an, im Moment der Frontalkollision habe der Beschwerdeführer den Fuss auf der Bremse sowie eine gerade Kopfstellung inne gehabt. Innerhalb von sechs Stunden nach dem Zusammenstoss habe er starke, beidseitige Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Schulter sowie Kopfschmerzen und Schwindel verspürt. Seine Konzentration habe er als vermindert angegeben. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer nicht an behandlungsbedürftigen Beschwerden gelitten (Urk. 20/6/1). Dr. Alsan attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf Weiteres (Urk. 20/6/2). Mit Bericht vom 4. Dezember 2005 (Urk. 20/5) machte der Arzt aktenkundig, unter Physiotherapie und Analgesie sei es zunächst zu einer progredienten Linderung der Beschwerden gekommen. Indes seien die Schmerzen in der rechten Schulter mit radikulärer Ausstrahlung in die rechte Hand und die Rückenbeschwerden rechts konstant geblieben. Die voraussichtliche Dauer der Behandlung sei unklar.

Am 13. Dezember 2005 (Urk. 20/8) führte Dr. Z. ergänzend aus, es bestehe ein zerviko-radikulares Syndrom rechts C6/7 nds. Obwohl der Beschwerdeführer in den ersten vier Wochen unter Physiotherapie Fortschritte erzielt habe, sei nun keine Linderung mehr zu verzeichnen. Der Arm und die Hand rechts machten zusätzliche Probleme.

3.4. Prof. Dr. J., Chefarzt der Klinik A., hielt am 7. Dezember 2005 (Urk. 20/22) fest, beim Beschwerdeführer bestehe anlagebedingt ein enger zervikaler Spinalkanal, vor allem bei C4-C7. Zusätzlich hätten degenerative Veränderungen bei C4-C7, jeweils mit diffuser Bandscheibenprotrusion und beidseitigen Unkarthrosen, visualisiert werden können. Dadurch komme es zu einer foraminale Stenosierung, am ausgeprägtesten bei C5/6 rechts, jedoch auch in den übrigen Foramina C4-C7.

3.5. Dr. med. K., Facharzt für Neurologie FMH, erklärte am 12. Dezember 2005 (Urk. 20/25), neben einem zervikalen Schmerzsyndrom mit Einschränkung der passiven Beweglichkeit und Verspannung der perinuchalen Muskulatur habe er keine klinisch sicheren Hinweise für einen radikulären Ausfall an den oberen und unteren Extremitäten erheben können. Die intermittierenden Beschwerden an den Händen seien wohl am ehesten mit einer radikulären Reizung C6/C7 beidseits zu vereinbaren. Ein Carpal-Tunnel-Syndrom habe trotz grenzwertiger normaler Befunde bei der

Medianus-Neurographie nicht belegt werden können. Sichere Hinweise für eine Schultergürtelkompressions-Symptomatik fehlten ebenso, und die Beschwerden am Rücken seien am ehesten im Rahmen eines vorwiegend tendiomyotischen radikulären Schmerzsyndroms zu deuten.

3.6 Mit Bericht vom 3. Januar 2006 (Urk. 20/12) nannte Dr. med. L.____, Oberarzt i.V. der Klinik A.____, gestützt auf eine MRI-Untersuchung der HWS vom 7. Dezember 2005 eine foraminale Enge beidseits bei C4-C6. Er notierte, der Beschwerdeführer habe über durch das Unfallereignis verursachte linksseitige Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie Schmerzen in der HWS geklagt. Aktuell beständen Schmerzen im Rücken sowie hauptsächlich zervikal, wobei eine Verspannung vom Nacken bis zum Hinterkopf vorhanden sei und die Beschwerden im Tagesverlauf zunähmen. Bis auf eine Hyposensibilität erhob der Arzt im distalen Dermatom C6 linksseitig keine sicher fokale-neurologischen Ausfälle und hielt dafür, dass die geschilderte Beschwerdesymptomatik hauptsächlich durch die foraminale Enge bei C4-C6 beidseitig bedingt sein dürfte. Dabei sei vor allem die linke Seite symptomatisch, insbesondere die Nervenwurzeln von C6 und C7 links. Dem Bericht lässt sich schliesslich entnehmen, dass als erster therapeutischer Schritt eine Nervenwurzelinfiltration bei C6 und C7 linksseitig veranlasst wurde.

3.7 Anlässlich eines Gespräches mit der Beschwerdegegnerin führte der Beschwerdeführer am 17. Februar 2006 (Urk. 20/16) aus, am meisten leide er unter Nacken- und Kopfschmerzen. Er sei noch immer vollständig arbeitsunfähig. Seine bisherige Tätigkeit bestehe aus körperlicher Arbeit im Umfang von 70 bis 80 %. Büroarbeiten machten nur einen Anteil von 20 bis 30 % der Gesamttätigkeit aus.

3.8 Am 17. Februar 2006 (Urk. 20/18/1-2) berichteten Prof. Dr. med. M.____ und Dr. L.____, beide Klinik A.____, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung vom 31. Januar 2006 angegeben, es gehe ihm unter Physiotherapie deutlich besser, weshalb eine weitere Serie Physiotherapie verordnet worden sei. Langfristig müsse der Beschwerdeführer jedoch höchstwahrscheinlich mit einer Operation rechnen, da die Foramen deutlich eingengt seien.

3.9 Eine Untersuchung an der Klinik N.____ ergab (Bericht vom 18. Oktober 2006, Urk. 20/21), dass Nachweise für eine Fraktur (Scapula, Rippen, Wirbelkörper der BWS) fehlten. Beidseits beständen eine AC-Gelenksarthrose sowie leichte bis mässige degenerative Veränderungen der mittleren und unteren BWS und LWS sowie eine Spondylarthrose L4/5 rechts.

3.10 Mit Bericht vom 28. März 2006 (Urk. 20/32) hielt Dr. L.____ fest, der Beschwerdeführer habe berichtet, dass es ihm ausgezeichnet gehe. Insbesondere habe er sehr gut auf Wärme angesprochen. Aktuell sei er praktisch beschwerdefrei, habe jedoch in den Fingern IV und V linksseitig noch etwas Parästhesien. Diese seien aber deutlich geringer als zu Beginn. Dr. L.____ notierte, unter intensiver Physio- und Wärmerotherapie habe ein schoner konservativer Verlauf stattgefunden, weshalb erneut eine Verordnung für Wärme- und Einzeltherapie ausgestellt werde.

3.11 Gegenüber Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, (Bericht vom 2. Mai 2006, Urk. 20/34) beklagte sich der Beschwerdeführer am 28. April 2006 über Schmerzen und ein Ziehen in der linken Schulter mit Ausstrahlung in den ganzen Arm. Zudem habe er Mühe mit langem Laufen und Verspannungen sowie Schmerzen im

unteren Rückenbereich. Auch leide er an Schmerzen im Hinterkopfbereich, könne sich schlecht konzentrieren und sei vergesslich (Urk. 20/34/2). Dr. B.____ beschrieb den Beschwerdeführer als in gutem Allgemeinzustand, welcher im Korridor ein symmetrisches, unauffälliges Gangbild gezeigt habe. Das Treppensteigen sei symmetrisch und zügig, das Ausziehen der Kleider sowie das Abliegen auf der Untersuchungsfläche problemlos erfolgt. Der Beschwerdeführer verfüge über eine sehr kräftige paravertebrale Muskulatur, welche linksseitig, paravertebral lumbal beidseitig eine Druckdolenz im Nacken-Hals-Bereich aufweise und im Nacken linksseitig verspannt sei. Der Arzt notierte, der Befund sei anhaltend eindrücklich: es beständen Bewegungseinschränkungen der HWS und LWS bei massiven Verspannungen im Nacken-/HWS-Bereich linksbetont mit Ausstrahlung über den linken Arm und Sensibilitätsveränderungen C6/C7 sowie ein lumbovertebrales Syndrom mit Muskelverspannung und Bewegungseinschränkung (Urk. 20/34/4). Da unter konservativer Behandlung eine eindeutige Beschwerdeminderung habe erzielt werden können, sei die operative Option bei degenerativer Einengung der Foramina C4-C6 wohl gerechtfertigterweise - auch auf Wunsch des Beschwerdeführers - zurückgestellt worden. Der Kreisarzt erklärte, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit rechtfertige sich nicht mehr. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab dem 2. Mai 2006 sei zumutbar. Wichtig seien weiterführende Therapien und genügend Zeit, um diese durchzuführen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit müsse bis im Sommer 2006 möglich sein. In Bezug auf die natürliche Kausalität hielt Dr. B.____ fest, dass vor dem Unfall bereits eindeutig degenerative Veränderungen an HWS und LWS bestanden hätten, welche grundsätzlich die Beschwerden erklärten. Allerdings sei der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen; der Vorzustand zum Ereignis vom 4. Oktober 2005 sei noch nicht erreicht. Mittels weiterführenden intensiven Therapien (konservative Therapien, Bewegungsübungen, passive Massnahmen) müsse die volle Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsabschluss jedoch zu erreichen sein (Urk. 20/34/4).

3.12 Am 18. Mai 2006 (Urk. 20/38) berichtete Dr. C.____ - er hatte den Beschwerdeführer am 15. Mai 2006 untersucht -, dieser habe vor zwei Wochen einen Arbeitsversuch mit leichten Büroarbeiten wegen rascher Beschwerdezunahme abbrechen müssen. Der Neurologe erhob eine palpatorisch verdickte, druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur sowie eine deutliche Hypästhesie im Dermatome C7 links und einen im übrigen weitgehend unauffälligen Status. Insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine Gefässschädigung ergeben (Urk. 20/38/2). Der Neurologe empfahl, therapeutisch unverändert weiter zu fahren, und hielt dafür, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angesichts der Beschwerden und Befunde als eher hoch erscheine. Leichte Büroarbeiten seien möglich, Reinigungsarbeiten kämen demgegenüber jedoch nicht in Frage.

3.13 Mit Arztbericht vom 6. Juni 2006 (Urk. 20/39) hielt Dr. med. O.____, Oberarzt an der Klinik A.____, fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung vom 30. Mai 2006 berichtet, er sei weiterhin mit Büroarbeiten in der Reinigungsfirma beschäftigt; mehr könne er nicht arbeiten. Die belastungs- und bewegungsabhängigen Nackenschmerzen seien nach wie vor vorhanden. Auch leide er weiterhin an Kreuzschmerzen und morgendlichem Einschlafen der linken Hand. Dr. O.____ erklärte, als alleinige therapeutische Option sei derzeit die Physiotherapie zu sehen, da eine Operation für den Beschwerdeführer nicht in Frage komme, wobei nur bei operativem Vorgehen

mit einer Verbesserung der Parästhesien/Hypästhesien zu rechnen sei. Die Prognose der Nackenschmerzen sei ungewiss. Eine Verlaufskontrolle sei im Oktober 2006 vorgesehen (Urk. 20/39/2).

3.14 Am 17. Oktober 2006 (Urk. 20/47) notierte Dr. O. ____, die Nackenschmerzen hätten sich unter Physiotherapie etwas gebessert. Der Beschwerdeführer leide aber immer noch unter Kreuzschmerzen. Unverändert sei auch das inkonstante Einschlafen der linken Hand. Er habe angegeben, er versuche, weiterhin mit einem Pensum von 50 % zu arbeiten. Der Arzt hielt abschliessend fest, der Beschwerdeführer werde die Physiotherapie fortsetzen. Zur Abklärung der persistierenden Kreuzschmerzen habe er eine Röntgen- und MRI-Untersuchung der LWS veranlasst.

3.15 Zuhanden Dr. Z. ____, schrieb Dr. C. ____, am 8. November 2006 (Urk. 20/54), der Entscheid der Beschwerdegegnerin, ihre Leistungen per 31. Oktober 2006 einzustellen, sei nicht nachvollziehbar, bestehe doch ein eindeutiges zerviko-zephalales Beschwerdebild, welches dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2005 zuzuordnen sei. Zwar seien degenerative Veränderungen an der HWS bekannt, prätraumatisch habe jedoch Beschwerdefreiheit bestanden. Er werde eine ergänzende rheumatologische Untersuchung bei Prof. Dr. E. ____ veranlassen.

3.16 Der Neurologe Dr. D. ____ erstattete am 17. April 2007 sein Aktengutachten (Urk. 20/73). Er kam zum Schluss, dass unfallbedingt lediglich von einer leichten Beschleunigungsverletzung der HWS entsprechend dem Schweregrad III auszugehen sei. Eine traumatische Läsion sei nicht anzuerkennen, wobei die bislang asymptotische degenerative Vorschädigung zumindest als Teilkomponente des vorderhand protrahierten und ausgesprochen wechselhaften Verlaufes zu bewerten sei (Urk. 20/73/11). Dr. D. ____ erklärte ferner, bei der von Dr. C. ____ genannten Schädigung cervicaler Nervenwurzeln handle es sich lediglich um eine klinische Verdachtsdiagnose, ohne dass Dr. C. ____ diese Diagnose mittels elektromyographischen Untersuchungen (EMG) erhärtet hätte. Demgegenüber habe Dr. K. ____ eine EMG-Untersuchung durchgeführt, wobei der dabei erhobene Befund eindeutig gegen einen floriden und klinisch relevanten neurogenen Schaden spreche. Zusammenfassend sei daher lediglich von rezidivierenden Wurzelreizsymptomen zu sprechen, die zwanglos im Rahmen der radiologisch bewiesenen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zu erklären seien. Die zunächst diskrepanzhaft und nicht immer konsistent erscheinenden, von verschiedenen Untersuchern dokumentierten Befunde seien ebenfalls in diesem Kontext zu sehen. Nachdem kein beweisbarer unfallbedingter Schaden eingetreten sei, sei die Behandlung nunmehr nach mehr als eineinhalb Jahren als abgeschlossen zu betrachten (Urk. 20/73/12). Dr. D. ____ hielt ergänzend fest, dass - auch wenn degenerative Vorschäden an der HWS beständen, die vor dem Unfall nicht zu Beschwerden geführt hätten - der Status quo sine nach mehr als einjähriger Therapiedauer und somit auch zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht sein müsse. Gestützt auf die Aktenlage sei von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % im Reinigungsunternehmen auszugehen (Urk. 20/73/13).

3.17 Die durch die Zährich Versicherungsgesellschaft erstellte Unfallanalyse vom 7. Mai 2007 ergab, dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung an der Position des Fahrersitzes am Fahrzeug des Beschwerdeführers zwischen 17 und 22 km/h betrug (Urk. 20/81 S. 5).

3.18. Am 30. Mai 2007 (Urk. 20/83) berichtete Dr. med. P.____, Oberarzt Klinik A.____, unter konservativer Therapie sei es nun zu einer deutlichen Besserung gekommen. Die Beinschmerzen seien ganz verschwunden und die Lumbalgien gut erträglich. Zurzeit ständen noch die Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Trapezius links und den linken Arm entsprechend dem Dermatome C6 im Vordergrund, wobei auch diese Beschwerden unter konservativer Therapie deutlich regredient seien. Der Beschwerdeführer sei in der Reinigungsfirma zu 50 % arbeitsfähig. Dr. P.____ notierte unter Befund, es hätten sich keine neuen Aspekte ergeben. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bestehe kein Handlungsbedarf.

3.19. Prof. Dr. E.____, welcher den Beschwerdeführer nach Überweisung durch Dr. C.____ am 26. April 2007 untersucht hatte, führte in seinem Bericht vom 4. Juni 2007 (Urk. 20/84) unter anderem aus, die Symptomatologie habe sich trotz verschiedener Behandlungsansätze nicht verändert. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer berichtet, dass seine Beschwerden qualitativ praktisch gleich geblieben seien (Urk. 20/84/3). Der Arzt führte aus, der Beschwerdeführer leide noch immer an einer recht typischen Folge eines HWS-Distorsionstraumas in Form einer eindeutig manuell diagnostisch zu verifizierenden Segmentbewegungsstörung des zervikothorakalen Überganges und an einer chronisch gewordenen Irritations-Schmerzsymptomatik der ligamentären Strukturen der HWS, wobei beide Einzelkomponenten von einem myotendinotischen, aber auch myofascialen Befund begleitet seien, die allesamt heute nicht mehr eigentlich in den Kopf, sondern wesentlich und unmittelbar provozierbar in den linken Arm ausstrahlen (Urk. 20/84/10). Ohne sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu äußern, hielt Prof. Dr. E.____ dafür, dass aufgrund der zeitlichen Zurückführung der Symptomatik sowohl des Nacken-Schultergürtels als auch des Kreuzes auf den Unfall sowie aufgrund der typischen Kombination von Nacken- und Armschmerzen links sowie der rechts streng lokalisierten und eindeutig manuell diagnostisch erfassbaren typischen posttraumatischen vertebrealen Befunden an der natürlichen Kausalität aus funktionell-physikalischer Sicht nicht zu zweifeln sei (Urk. 20/84/11).

3.20. Am 19. September 2008 erstatteten die Prof. F.____ und H.____ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten (Urk. 20/21). Dabei stützten sie sich auf die zur Verfügung gestellten Akten, auf die anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 6. Mai 2008 (Prof. F.____) sowie der ambulanten neuropsychiatrischen Untersuchung vom 27. Mai 2008 (Prof. H.____) erhobenen Befunde und Aussagen des Beschwerdeführers sowie auf diverse Konsensgespräche der beteiligten Experten.

Betreffend Anamnese ist dem Bericht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis als Geschäftsführer einer Reinigungsfirma mit acht Angestellten zu 100 % gearbeitet hatte, wobei vor allem körperliche Arbeiten und nur wenig Büroarbeit angefallen seien (Urk. 21/10). Da er selber nun nur noch beschränkt einsatzfähig sei und die Verdienstmöglichkeiten in der Reinigung in den letzten Jahren deutlich abgenommen habe, könne er seinen in prekären finanziellen Verhältnissen lebenden Eltern nicht mehr helfen (Urk. 21/17). Zur Unfallanamnese führte der neurologische Experten aus, etwa im Herbst 2007, mithin zwei Jahre nach dem Unfall, habe sich eine gewisse Besserung der Beschwerden, jedoch mit persistierender Restsymptomatik, eingestellt (Urk. 21/11). In Bezug auf eine allfällige traumatische Hirnbeteiligung, verursacht durch das Unfallgeschehen, hielten die Prof. Dres. F.____ und

H. ___ darf, dass aufgrund der Angaben zur Bewusstseinslage sowie wegen fehlender Angaben über allfällige weitere Symptome einer Commotio cerebri eine traumatische Hirnbeteiligung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sei (Urk. 21/22). Zur Zeit beklage sich der Beschwerdeführer über linksbetonte Schmerzen am zerviko-thorakalen Übergang, ausstrahlend suboccipital teilweise frontal, deutlich bewegungs- und belastungsabhängig. Ebenso leide er immer noch an ausstrahlenden Schmerzen in den linken Arm mit Hyposensibilität. Er sei vergesslich und seine Konzentration habe nachgelassen. Aktuell arbeite er zu 50 % im Büro; körperliche Arbeiten könne er nicht mehr ausführen, da solche sofort zu einer Schmerzzunahme führten. Seine sportlichen Aktivitäten habe er völlig aufgeben müssen (Urk. 21/12). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass seit dem Unfallereignis eine deutliche Besserung eingetreten sei, wobei er allerdings nie beschwerdefrei sei, sondern immer ein Spannungsgefühl im Bereich des linken Nackens verspüre. Am Morgen fühle er sich jeweils besser, im Laufe des Tages komme es zu einer Zunahme der Schmerzen, dies insbesondere bei bestimmten Bewegungen und Belastungen der Schulter-Nackenpartie. Seit einem halben Jahr seien die Beschwerden konstant gleich (Urk. 21/15).

Die neuropsychiatrische Exploration führte zu keinen Auffälligkeiten. Im Gegenteil habe der Beschwerdeführer eine sehr rasche Auffassung, problemlose Informationsaufnahme und gut fokussierte Aufmerksamkeit gezeigt (Urk. 21/18-19).

Bei der neurologischen Untersuchung ergaben sich eine Hyposensibilität im C7-Dermatom links bei seitengleicher Muskelkraft, entsprechend einem aktuell sensiblen C7-Linkssyndrom. Das Vorwärtsbeugen der Wirbelsäule sei gut möglich gewesen. Dahingegen habe sich die Rotation der HWS zu beiden Seiten als eingeschränkt gezeigt, wobei die Einschränkung mehr nach links als nach rechts mit einem harten Bewegungsstopp, klinisch eher auf ossäre Veränderungen hinweisend, in Erscheinung getreten sei. Bei der Flexion habe der Beschwerdeführer starke Schmerzen angegeben, und bei der Linksneigung sowie Rotation nach rechts habe sich ein elektrisierender Schmerz im Dermatom C7 auslösen lassen. Die Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) habe keine nennenswerten Befunde zu Tage gefördert. Am Knie beständen Zeichen einer beginnenden Arthrose (Urk. 21/24). In Bestätigung der in den bisherigen Untersuchungen erhobenen degenerativen Veränderungen bei C4-C7 der unteren HWS erklärten die Experten, dass diese die Ursache für die radikuläre Symptomatik C7 links sein könnten. Es sei somit davon auszugehen, dass durch die Frontalkollision eine Traumatisierung einer bereits vor dem Unfall degenerativ veränderten HWS mit persistierender Symptomatik im Sinne einer C6 und C7 Nervenwurzelreizung links stattgefunden habe. Unabhängig davon sei auch eine zephal Symptomatik mit linksbetonten Kopfschmerzen dokumentiert. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien im Zusammenhang mit seinen Schmerzen und psychologischen Problemen zu sehen (Urk. 21/25). Ausgehend von der prätraumatischen Beschwerdefreiheit sei trotz vorbestehender degenerativer Veränderungen sowie gewisser Widersprüche in den Akten die nach dem Unfall aufgetretene zervikozephal bzw. zervikobrachiale Symptomatik überwiegend wahrscheinlich, zumindest vorübergehend, allenfalls anhaltend, als unfallkausal zu betrachten (Urk. 21/25). Damit sei es durch das Unfallereignis vom 4. Oktober 2005 mindestens zu einer vorübergehenden, allenfalls

richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestehenden, klinisch stummen degenerativen Veränderungen der HWS gekommen (Urk. 21/27-28). In dieser Situation seien die therapeutischen Möglichkeiten limitiert und von einer Fortsetzung der physikalisch therapeutischen Massnahmen wenig Erfolg zu erwarten. Indes sei die Trainingstherapie im Sinne einer inneren Stabilisierung empfehlenswert. Bei der persistierenden radikulären Symptomatik wäre die Operationsindikation grundsätzlich zu diskutieren (Urk. 21/26).

Zusammenfassend hielten die Experten fest, anhand der klinischen und radiologischen Befunde sei die angegebene subjektive Symptomatik nachvollziehbar, wenngleich ohne eine Zunahme der objektivierbaren zervikalen Pathologien im Sinne der Zunahme der degenerativen Veränderungen nicht apodiktisch auf Unfallfolgen geschlossen werden könne. Damit bestehe bezüglich der Unfallkausalität eine gewisse Unsicherheit. Aufgrund der Befunde und vom Beschwerdeführer als belastungsabhängig angegebenen Beschwerden sei er in belastenden Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig. In administrativen Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer maximal zu 20 % eingeschränkt. Die restliche subjektive Einschränkung gehe auf den Vorzustand zurück (Urk. 21/26). Im Weiteren bestehe aus neuropsychologischer Sicht eine leichte, allenfalls leicht- bis mittelschwer ausgeprägte depressive Stimmung, wobei deren Genese mehrkausal sein dürfte (Problematik der Ehefrau, Probleme im Arbeitsbereich, so in erster Linie finanzieller Druck aufgrund gewachsener Konkurrenz). Es bleibe jedoch unklar, inwiefern diese Aspekte, im Besonderen die depressive Stimmungslage, das Schmerzerleben präge (Urk. 21/26). Insgesamt handle es sich um eine komplexe negative Wechselwirkung der Schmerzen und psychosozialen Aspekten, wobei von einer ausschliesslichen psychosozialen Determiniertheit nicht gesprochen werden könne (Urk. 21/27). Angesichts der fehlenden Progression der degenerativen Veränderungen der unteren HWS sei der medizinische Endzustand erreicht, wobei insbesondere basierend auf Schmerzen, ein Integritätsschaden von 10 % geschätzt werde (Urk. 21/29-30).

E. 4

4.1 Vorweg ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fall per 31. Oktober 2006 abschloss.

4.1.1 Aus den medizinischen Akten erhellt, dass der Beschwerdeführer durch das Unfallereignis keinerlei ossäre Läsionen erlitt (Erw. 3.2, 3.9, 3.16). Demgegenüber liessen sich degenerative Veränderungen sowohl an der unteren HWS (Erw. 3.2, 3.4, 3.11) als auch an der unteren BWS und LWS (Erw. 3.9, 3.11) visualisieren. Sowohl Kreisarzt Dr. B. (Erw. 3.11) als auch der Neurologe Dr. D. (Erw. 3.16) und die Prof. F./H. (Erw. 3.20) bezeichneten diese degenerativen Veränderungen zweifelsfrei als vorbestehend. Dafür, dass dieser degenerative Vorzustand durch das Unfallereignis richtunggebend verschlimmert worden wäre, fehlt indes ein Nachweis, muss eine richtunggebende Verschlimmerung rechtsprechungsgemäss doch röntgenologisch ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 17. Juni 2008, 8C_17/2007, Erw. 3.2). Wenngleich die Prof. F. und H. eine allenfalls richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen erwähnten, fehlt es dieser Feststellung am dafür nötigen Beweisgrad (Erw. 2.6). Dies umso mehr, als sie erklärten, bezüglich der Unfallkausalität bestehe eine gewisse Unsicherheit, fehle doch eine Zunahme der degenerativen Veränderungen (Erw. 3.20). Damit ist darauf abzustellen, dass das Unfallereignis vom 4. Oktober 2005 höchstens zu

einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes führte, was im Übrigen der Einschätzung von Dr. B. ___ entspricht, welcher den Vorzustand zum Unfallereignis als noch nicht erreicht, eine volle Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsabschluss jedoch als wahrscheinlich erachtete (Erw. 3.11). Entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine traumatische Verschlimmerung eines (klinisch stummen) degenerativen Vorzustandes der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neuen Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 17. Juni 2008, 8C_17/2007, Erw. 3.2; Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 25. September 2008, 8C_468/2008, Erw. 5.2), so durfte die Beschwerdegegnerin mit Blick auf den Heilungsverlauf (vgl. Erw. 4.1.2) im Oktober 2006 davon ausgehen, dass der Status quo sine erreicht war (Erw. 2.4) und dass damit die über den 31. Oktober 2006 geklagten Beschwerden, insoweit sie sich durch die bildgebenden Veränderungen erklären liessen, nicht natürlich kausal durch das Unfallereignis verursacht wurden. Diese Schlussfolgerung steht in Einklang mit dem Gutachten von Dr. D. ___ (Erw. 3.16).

4.1.2.2 Was die weiteren, durch das Schleudertrauma bewirkten Beschwerden betrifft, dokumentieren die Akten einen bis zum März 2006 erfolgreichen Heilungsverlauf, konnte doch durch Physiotherapie und Analgesie in den ersten vier Wochen nach dem Unfallereignis eine progrediente Linderung der Beschwerden bewirkt werden (Erw. 3.3), berichteten Prof. Dr. M. ___ und Dr. L. ___ am 17. Februar 2006, es gehe dem Beschwerdeführer deutlich besser (Erw. 3.8) und erklärte dieser schliesslich Ende März 2006, es gehe ihm ausgezeichnet; er sei praktisch beschwerdefrei (Erw. 3.10). Dass in der Folge Dr. B. ___ bloss eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als zumutbar erachtete, muss wohl - wie Dr. D. ___ vermutete (Erw. 3.16) - mit dem rezidivierenden Wurzelreizsyndrom in Zusammenhang gestanden haben. Gleichwohl hielt Dr. B. ___ nämlich eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit unter konservativer Behandlung bis im Sommer 2006 für möglich (Erw. 3.11). Entgegen dieser Prognose des Kreisarztes ergab sich in der Folge jedoch keine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Obwohl Dr. O. ___ im Oktober 2006 von unter Physiotherapie leicht verbesserten Nackenschmerzen berichtete, ist seinen Aufzeichnungen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei weiter vorhandenen Kreuzschmerzen und Einschlafen der linken Hand versuche, ein Arbeitspensum von 50 % einzuhalten (Erw. 3.14). Hatte Dr. O. ___ bereits im Juni 2006 Physiotherapie als einzige Option der Beschwerdelinderung und die Prognose der Nackenschmerzen als ungewiss bezeichnet, so ist angesichts des Heilungsverlaufes nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall im Oktober 2006 abschloss, bestimmt sich doch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 S. 115). Nicht jede auch nur einen geringfügigen Erfolg versprechende Therapie gibt daher Anspruch auf deren Durchführung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daran, dass die Beschwerdegegnerin im Oktober 2006 in Bezug auf die weiteren Beschwerden nicht mehr von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgehen musste, vermag der Bericht von Dr. P. ___ nichts zu ändern, welcher im Mai 2007 von einer deutlichen Besserung berichtete (Erw. 3.18). Zudem war der Beschwerdeführer auch im Mai 2007 nur zu 50 % arbeitstätig, was keiner namhaften Verbesserung im Vergleich zum Oktober 2006 entspricht. Endlich erscheinen die Angaben des Beschwerdeführers über seinen

Grenzbereiches zu den schweren Unfällen bei einer seitlichen Kollision in einem Verkehrskreisel, wo das Fahrzeug der Beschwerdeführerin um 180° abgedreht und ausserhalb des Verkehrskreisels zum Stillstand kam, ausschloss; weitere Beispiele in RKUV 199 Nr. U 330 S. 123).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.

4.2.2 Ä Ä Der Unfall vom 4. Oktober 2005 ereignete sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen, noch war er - objektiv betrachtet - von besonderer Eindringlichkeit.

4.2.3 Ä Ä Die Diagnose einer HWS-Distorsion führt sich alleine genügt nicht zur Bejahung des Kriteriums der besonderen Schwere der Verletzung. Demgegenüber ist eine HWS-Distorsion, welche auf eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, als Verletzung besonderer Art zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen J. vom 11. Juni 2008, 8C_785/2007, Erw. 4.4). Das Beschleunigungstrauma traf zwar auf eine vorgeschädigte Wirbelsäule. Diese war jedoch nicht in erheblichem Masse vorgeschädigt - dem Beschwerdeführer war es vor dem Unfall ohne Weiteres möglich, ein vollständiges Arbeitspensum zu bewältigen -, so dass dieses Kriterium zwar erfüllt ist, jedoch nicht in besonders ausgeprägtem Masse.

4.2.4 Ä Ä Nicht auszugehen ist von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Nach neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist entscheidend, ob nach dem Unfall bis zum Fallabschluss fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlungen nötig waren (Erw. 2.5.2). Dies ist vorliegend nicht erfüllt, bedeuten physiotherapeutische und medikamentöse Massnahmen doch keine erhebliche Mehrbelastung. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses unterzog sich der Beschwerdeführer noch einer Physiotherapie im Sinne einer Haltungsschulung zur Kräftigung der Rückenmuskulatur (Urk. 21/44), was weder als spezifische noch belastende ärztliche Behandlung bezeichnet werden kann.

4.2.5 Ä Ä Bezüglich dem Kriterium der erheblichen Beschwerden ist festzuhalten, dass jedenfalls nicht das gesamte Beschwerdebild unfallkausal war. Zudem ist gemäss praxisierter Rechtsprechung nur auf glaubhafte, erhebliche Beschwerden ohne wesentlichen Unterbruch zwischen Unfall und dem Fallabschluss abzustellen (BGE 134 V 109 S. 128); diese Voraussetzung ist in Anbetracht der Aktenlage kaum zu bejahen. Schliesslich führen gemäss eigenen Angaben des Beschwerdeführers nur belastende Tätigkeiten zu einer Verstärkung der Symptomatik. Es ist denn auch nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer als Geschäftsführer der Y. AG, welche 14 Festangestellte und 80 Teilzeitangestellte beschäftigt (www....ch), vornehmlich belastende Tätigkeiten auszuführen hat. Somit ist das Kriterium nicht erfüllt.

4.2.6 Ä Ä Weder liegt eine ärztliche Fehlbehandlung noch ein schwieriger Heilungsverlauf vor.

4.2.7 Ä Ä Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen betrifft, gilt festzustellen, dass, selbst wenn dies bejaht werden könnte, es jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise gegeben wäre.

4.2.8. Da mithin keines der massgebenden Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt und selbst dann, wenn man neben dem Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung zugunsten des Beschwerdeführers das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als erfüllt erachten würde, die Kriterien nicht in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sind, fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang der über den 31. Oktober 2006 hinaus geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2005.

4.3. Was die übrigen Vorbringen betrifft (Erw. 1.2), vermögen auch diese nicht durchzudringen. Auch wenn die Gutachter F. und H. einen Integritätsschaden bejahen, fehlt es mangels natürlichen (Erw. 4.1.1) oder adäquaten (4.2.8) Kausalzusammenhangs der geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis an einem über den 31. Oktober 2006 hinausgehenden Leistungsanspruch. Endlich besteht kein Anlass für weiterführende, insbesondere psychiatrische Untersuchungen (vgl. Erw. 1.3), ergeben sich aus den Akten doch keinerlei Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, welche nicht unter das bunte Beschwerdebild nach HWS-Distorsion fiel (Erw. 2.3). Ein adäquater Kausalzusammenhang zum Unfallereignis wäre damit so oder anders zu verneinen.

5. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch über den 31. Oktober 2006 hinaus verneint hat, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Helsana Versicherungen AG, unter Beilage des Doppels von Urk. 35

- Regula Schwaller, unter Beilage einer Kopie von Urk. 35

- 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.