

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00329 vom 7. Mai 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00329

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00329 du 7 mai 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00329 del 7 maggio 2009

Erwägungen

E. 3

3.1. Gemäss Polizeirapport vom 2. August 2005 fuhr der Halter eines nachfolgenden F.____ am 31. Juli 2005 in das Heck des Fahrzeugs des Beschwerdeführers, als dieser seine Fahrt verlangsamte und nach links abbiegen wollte. Durch den Aufprall wurde der G.____ des Beschwerdeführers auf die Gegenfahrbahn geschleudert und kollidierte mit einem entgegenkommenden H.____ (Urk. 13/15.8 unten, Urk. 13/63.2, vgl. Unfallskizze Urk. 13/15.16).

3.2. Die Erstbehandlung erfolgte am 2. August 2005 durch Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin (Urk. 13/3).

Dr. I.____ führte in einem Bericht vom 10. August 2005 aus, der Beschwerdeführer habe das Fahrzeug nach dem Unfall aus eigener Kraft verlassen können und sei dann auf das linke Knie gefallen (Urk. 13/3). Bei der Konsultation vom 2. August 2005 habe er über starke Nackenschmerzen geklagt. Schmerzbedingt bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. In der Folge sei es zu einer Zunahme der Schmerzen und zu Gefühlsstörungen der drei lateralen Finger des linken Armes gekommen. Aktuell klage der Beschwerdeführer über elektrisierende Schmerzen im linken Arm (Urk. 13/3).

Nach einem Zwischenbericht von Dr. I.____ vom 24. August 2005 bestehe eine Verschlechterung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit zunehmendem Endphasenschmerz (Urk. 13/10 Ziff. 2).

3.3. Dr. med. J.____, Assistenzarzt Chirurgie, Spital K.____, hielt in einem Dokumentationsbogen zur Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 22. August 2005 fest, einige Minuten nach dem Unfall seien starke Nackenschmerzen aufgetreten. Beim Aussteigen aus dem Fahrzeug sei ein Schwindel aufgetreten (Urk. 13/5.1 Ziff. 3). Im Bereich des Nackens bestehe ein Druckschmerz (Urk. 13/5.1 Ziff. 5). Bildgebend beständen keine Hinweise für ossäre Läsionen (Urk. 13/5.2 Ziff. 5 f).

3.4. Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, nannte in einem Bericht vom 23. August 2005 als Diagnosen eine Distorsion der Halswirbelsäule bei einem Schleudertrauma am 31. Juli 2005 sowie ein radikuläres Reizsyndrom bei C7 und C8 links (Urk. 13/6 S. 1).

Der Beschwerdeführer habe bei der Erstuntersuchung im Spital K.____ über Schmerzen im oberen Bereich der Halswirbelsäule links geklagt. Anlässlich der Abklärung im Spital K.____ habe eine leichtgradig verminderte

Sensibilität im gesamten linken Arm bestanden. Die Untersuchung (Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule vom 3. August 2005, Urk. 13/2) habe einen radialen Riss im Anulus fibrosus der Bandscheibe bei C 6/7 und eine kleine mediale Diskusprotrusion ergeben. Eine Diskushernie im Bereich der unteren Halswirbelsäule und cervico-thorakal finde sich nicht (Urk. 13/6 S. 1 unten).

3.5     Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie FMH, führte in einem Bericht vom 26. Oktober 2005 gestützt auf die kreis rtliche Untersuchung vom 21. Oktober 2005 aus, der Beschwerdeführer gebe Schmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den linken Arm an. Er habe auch Kopfschmerzen und Schwindel, je nach Bewegung und Anstrengung. Am Tag mache er nicht viel. Entweder liege er oder er gehe spazieren (Urk. 13/25.2 unten).

         Es bestehe eine leichte Klopfdolenz der Halswirbelsäule und eine Druckdolenz bei C7. Im mittleren und unteren Bereich des Rückens seien die Beschwerden kurzfristig abgeheilt (Urk. 13/25.4 oben). Die Untersuchung habe leichte Verspannungen in der linksseitigen Nackenmuskulatur und eine minimale Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule ergeben. Der Beschwerdeführer zeige sich sehr leidend und betone seine Beschwerden. Die neurologischen und bildgebenden Untersuchungen hätten ausser degenerativen Veränderungen im Bereich C6/C7 keine wesentlichen pathologischen Befunde ergeben (Urk. 13/25.4). In der telefonischen Rücksprache habe der behandelnde Arzt Dr. I.____ angegeben, dass er schlecht an den Patienten herankomme. Offensichtlich sei eine Aggravations- und Rentenbegehrungstendenz vorhanden. Auch im Rahmen früherer Behandlungen sei es laut Dr. I.____ schwierig gewesen, den Beschwerdeführer wieder einzugliedern (Urk. 13/25.3 oben).

         Strukturelle oder funktionseinschr nkende Läsionen seien nach dem Unfall nicht festgestellt worden. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei bei den erhobenen Befunden kaum gerechtfertigt (Urk. 13/25.5).

3.6     Der Beschwerdeführer war vom 16. November bis 21. Dezember 2005 in der Rehaklinik C.____ hospitalisiert (Urk. 13/43.1).

         Dr. med. N.____, Assistenzärztin, und Dr. med. O.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannten im Austrittsbericht vom 30. Dezember 2005 als Diagnosen ein zervikozepales Schmerzsyndrom und eine leichte affektive Irritation mit Nervosität, Besorgtheit und Ängstlichkeit im Auto sowie ein dysfunktionales Überzeugungs- und Bewältigungsmuster (Symptomausweitung) mit einer Tendenz zur Beschwerdeakzentuierung bei Auffälligkeiten in der früheren Anamnese und wahrscheinlich dissozialen Zügen (Urk. 13/43.1). Der Beschwerdeführer habe nach den Akten bereits im Juli 1985 und August 1995 ein leichtes Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten. Insgesamt sei er in acht Verkehrsunfälle verwickelt gewesen (Urk. 13/43.5 Mitte).

         Bei Eintritt in die Klinik habe der Beschwerdeführer mit Bezug auf die Halswirbelsäule eine ausgeprägte Schonhaltung gezeigt. Eine Untersuchung sei schmerzbedingt nur eingeschränkt möglich. Die aktive Beweglichkeit sei in der Lateralflexion und Rotation beidseits um einen bis zwei Drittel eingeschränkt. Passiv bestehe jedoch in alle Richtungen eine freie Beweglichkeit. Okzipital best nden Druckdolenzen bei Muskelverspannungen der Schulter- und Nackenmuskulatur beidseits.

Beim Versuch der Behandlung des Nackens habe der Beschwerdeführer über starken Schwindel geklagt. Für den Verlauf sei zunehmend von einem Schmerzgebaren auszugehen. Der Basistest für das Heben und Tragen habe nicht durchgeführt werden können, da der Beschwerdeführer vorgegeben habe, die Minimalgewichte von 5 kg nicht bewältigen zu können (Urk. 13/43.2 unten).

Am 6. Dezember 2005 wurde in der Rehaklinik C. von Dr. phil. P., Fachpsychologe für klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, und Dr. med. Q., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychosomatisches Konsilium durchgeführt. Dr. P. und Dr. Q. hielten im Bericht vom 7. Dezember 2005 fest, es sei von einer bewusstseinsnahen Beschwerdeakzentuierung im Rahmen einer Symptomausweitung auszugehen. Für letztere spreche ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit der fixen Idee einer erheblichen Schädigung im Bereich der Halswirbelsäule mit einem Schonverhalten und in der Therapie beobachtbaren Inkonsistenzen. Eine eigentliche psychische Störung liege nicht vor. Der tatsächliche psychische Leidensdruck sei schwierig abzuschätzen (Urk. 13/42.5 f.).

Infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der Belastbarkeit nicht verwertbar. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich daher wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen. Für die Tätigkeit als Mitarbeiter bei der Y. AG bestehe ab dem 21. Dezember 2005 während vier Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Danach könne mit einer Steigerung gerechnet werden. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Heben und Tragen von Lasten von bis zu 10 kg), ohne gewichtsbelastende Arbeiten über Kopf sei zur Zeit ein Arbeitspensum von 100 % zumutbar (Urk. 13/43.1 f.). Die Chancen für eine berufliche Eingliederung seien eher gering, da sich der Beschwerdeführer als arbeitsunfähig präsentiere (Urk. 13/43.2 Mitte).

3.7 Gemäss einer Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2006 sei der Beschwerdeführer am Montag mit einem Arbeitszeugnis zur Arbeit erschienen, wonach er zu 50 % arbeiten und Gewichte bis maximal 10 kg heben könne. Er habe über Schmerzen geklagt (verkrampftes, schmerzverzehrtes Gesicht), worauf der Vorgesetzte entschieden habe, ihn nach Hause zu schicken (Urk. 13/53).

3.8 Nach der biomechanischen Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 17. Februar 2006 sei aufgrund der vorliegenden Informationen davon auszugehen, dass das Fahrzeug des Beschwerdeführers durch den Heckaufprall des nachfolgenden F. nach vorne und nach links geschoben worden sei, wodurch das Fahrzeug des Beschwerdeführers eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) oberhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h erfahren habe. Durch den anschliessenden Frontalanprall mit dem entgegenkommenden H. sei der G. des Beschwerdeführers in eine Rotation im Gegenuhrzeigersinn versetzt worden. Das Fahrzeug habe durch die zweite Kollision eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 20 - 30 km/h erfahren (Urk. 13/63.3 f.).

3.9 Dr. med. R., Fachärztin für Neurologie FMH, diagnostizierte in einem Bericht vom 4. März 2006 gestützt auf die Untersuchungen vom 3. und 27. Februar 2006 ein schweres chronifiziertes Schmerzsyndrom bei einem Status nach einem craniocervicalem Beschleunigungstrauma, einer schweren affektiven Störung mit

depressiver Symptomatik und einem Analgetika-Abusus sowie eine vorbestehende psychosoziale Belastungssituation (Urk. 13/153.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall an Kopfschmerzen, Schwindel- und Nackenbeschwerden gelitten. Aktuell leide er unter Dauerschmerzen wechselnder Lokalisation und Intensität mit Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich des Nackens und der gesamten Wirbelsäule und im Bereich des linken Armes mit einem Taubheitsgefühl in den Fingern III bis V links. Seinen Angaben zufolge sei er vergesslicher geworden und müsse sich alles aufschreiben. Er sei nicht in der Lage, seine Tätigkeit auszuführen (Urk. 13/153.3 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es bestehe ein massiger muskulärer Hartspann im Bereich des Nackens und des Schultergürtels mit massivsten Druckdolenzen links deutlicher als rechts bei geringster Berührung (Urk. 13/153.4 unten). Es ergebe sich kein eindeutiges klinisches Korrelat für die diffuse Hypästhesie im Bereich des linken Armes. Ansonsten bestehe kein eindeutiger klinischer Zusammenhang zu dem neuroradiologischen Befund (radialer Riss im Anulus fibrosus der Bandscheibe bei C 6/7, kleine mediale Diskusprotrusion). Elektrophysiologisch ergebe sich kein sicherer Anhaltspunkt für eine Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems (Urk. 13/153.2 unten).

3.10 Ä Ä Der Beschwerdeführer ist seit dem 10. April 2006 bei Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Neurologie, in Behandlung (Urk. 13/96.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B. ____, führte in seinem Bericht vom 14. Juni 2006 (Urk. 13/96.2.-96.5 = Urk. 13/130.1-130.4) aus, der Beschwerdeführer klage über eine Cervicobrachialgie, hauptsächlich im Bereich der linken Schulter bis in die Finger III-V der linken Hand mit elektrisierenden Parästhesien, ferner Ausstrahlungen entlang der lateralen Thoraxhälfte und in den Rücken (Urk. 13/96.3 oben). Als Befund stellte Dr. B. ____, eine massive Druckdolenz im Bereich des linken Trapezius und Levator scapulae mit einem ausgeprägten Hypertonus fest. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule betrage nach links 25° und nach rechts 25°. Die Beweglichkeit in der Sagittalebene sei ebenfalls stark defizitär (Urk. 13/96.3 unten). Mit dem rechten Arm sei dem Beschwerdeführer das Heben von Lasten von 5 bis 10 kg möglich, während ihm mit dem linken Arm auch das Heben kleinerer Gewichte nicht zuzumuten sei (Urk. 13/96.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem weiteren Bericht vom 13. Juli 2006 (Urk. 13/105.3-4 = Urk. 13/114.2-3 = Urk. 13/134 = Urk. 13/152.3-4) erwähnte Dr. B. ____, zur notfallmäßigen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. Juli 2006, dieser gebe seit ein bis zwei Wochen bestehende starke Schwindelbeschwerden an. Der Beschwerdeführer wisse nicht, ob sich die Umgebung drehe oder er sich selber. Die neurologische Untersuchung habe keinen Nystagmus und keine Abnormitäten im Augenhintergrund ergeben. Es handle sich wahrscheinlich um einen paroxysmalen Lagerungsschwindel (Urk. 13/105.3). Sensomotorische Ausfälle beständen nicht. Nach dem Beschwerdeführer fehlten sich seine Finger dick und geschwollen an, was zum Teil auch zutreffe (Urk. 13/105.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er, Dr. B. ____, habe ab dem 3. Juli 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgelegt (Urk. 13/105.3).

3.11 Ä Ä Nach einem Bericht der Ärzte des Departements Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsspital A. ____, (A. ____), vom 16. September 2006 sei der

Beschwerdeführer gestern wegen eines Schwindels beim Aufstehen vom Sofa gestürzt und habe sich eine Radiuskontusion links zugezogen (Urk. 13/131.1).

3.12 Der Beschwerdeführer war vom 10. Mai bis 29. Juni 2006 bei Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH in Behandlung (Urk. 13/129.1 oben).

Dr. S.____ nannte in einem Bericht vom 13. November 2006 als Diagnosen eine depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradiger Episode, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Im Zentrum der Schilderungen des Beschwerdeführers ständen die Schmerzen im Nacken, Hals, Kopf und im linken Arm, an denen er seit dem Unfall leide. Daneben habe sich im Lauf der Zeit eine Vergesslichkeit und Nervosität entwickelt (Urk. 13/129.1). Im Gespräch mit dem Beschwerdeführer und seiner Ehefrau zeige sich eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation, die wesentlich zur Entwicklung der vorliegenden Krankheitsbilder beigetragen haben dürfte (Urk. 13/129.1 unten).

Er betrachte den Patienten auf unabsehbare Zeit als zu 100 % arbeitsunfähig im angestammten Beruf und in jeder anderen Erwerbstätigkeit (Urk. 13/129.2 unten).

3.13 Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, hielt in einer Stellungnahme vom 23. Januar 2007 fest, merkwürdig sei, dass der Beschwerdeführer nicht im Anschluss an das Unfallereignis über Schwindelbeschwerden geklagt habe, sondern erst anderthalb Jahre später. Der jetzt abzuklärende Schwindel sei offenbar erst im Verlauf aufgetreten, was als Symptomausweitung zu bezeichnen sei. Bei dem Schwindel handle es sich um ein unspezifisches Symptom, das ohne weitere spezifische Zeichen wie Hirnstammsymptome oder einen Nystagmus keine diagnostische Bedeutung habe. Er sehe daher keine Indikation für eine neurootologische Abklärung des Schwindels. Aus ohrenärztlicher Sicht sei die geklagte Symptomatik nicht auf das Unfallereignis vom Juli 2005 zurückzuführen (Urk. 13/155.1).

3.14 Die notfallmässige Untersuchung im Departement für Innere Medizin, A.____, vom 10. April 2007 habe keine Anhaltspunkte für eine kardiale, rhythmogene oder orthostatische Genese der Präsynkope ergeben (Urk. 13/164 S. 2). Aus neurologischer Sicht beständen zudem keine Hinweise für eine periphere oder zentralvestibuläre Schädigung. Die Schwindelsymptomatik sei am ehesten auf das chronifizierte Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule zurückzuführen (Bericht der Neurologischen Klinik und Poliklinik, A.____, vom 10. April 2007, Urk. 13/164 S. 2).

3.15 Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, hielt in einer ärztlichen Beurteilung vom 23. Mai 2007 fest, Dr. med. U.____, Röntgeninstitut V.____, habe anhand der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 3. August 2005 einen radialen Riss des Anulus fibrosus diagnostiziert, vermutlich weil die Bandscheibe bei C6/C7 eine kleine Protrusion aufweise. Bei einer Protrusion handle es sich um eine Vorwölbung der Bandscheibe, die sich im Rahmen einer Diskopathie entwickle. In der Fachliteratur werde von einem Anulusriss oder einer Anulusruptur in der Regel nur dann gesprochen, wenn im MRI eine sogenannte High intensity zone (HIZ) zu beobachten sei. Der Riss beziehungsweise die HIZ stelle sich auf den sagittalen T2-gewichteten Sequenzen als hyperintense

punktförmige Aufhellung in der äußeren Peripherie des Anulus fibrosus dar. Die entsprechende Bandscheibe habe auf dem MRI zusätzlich die Zeichen einer Degeneration. Beim Beschwerdeführer sei keine HIZ im Bereich der Bandscheibe C6/C7 festzustellen, weshalb die Diagnose eines Risses des Anulus fibrosus zu diskutieren sei (Urk. 13/170 S. 3 Mitte). Selbst wenn ein Anulusriss festgestellt worden wäre, handle es sich dabei nicht um eine Unfallfolge, sondern um ein Begleitphänomen der Bandscheibendegeneration (Urk. 13/170 S. 4 Ziff. 1). Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob der Befund die Nackenbeschwerden beeinflusse, antwortete Dr. D. ____, die minime Bandscheibenprotrusion bei C6/C7 sowie der vermutete Anulusriss korrelierten mit keinen Symptomen. Es handle sich um radiologische Zufallsbefunde (Urk. 13/170 S. 4 Ziff. 2).

3.16 Dr. med. E. ____, Facharzt für Neurologie FMH, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, führte in einer ärztlichen Beurteilung vom 24. Mai 2007 aus, der Beschwerdeführer habe durch den Verkehrsunfall vom 31. Juli 2005 wahrscheinlich eine leichte Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule WAD (Whiplash Associated Disorder) Grad II nach QTF-Kriterien (Quebec Task Force) erlitten. Weder die zahlreichen neurologischen Untersuchungen noch die Zusatzdiagnostik mit elektrophysiologischen Untersuchungen und bildgebender Diagnostik hätten Hinweise für eine unfallbedingte organische Läsion ergeben. Die neurologischen Fachärzte hätten für die geklagten Sensibilitätsstörungen im Bereich der linken oberen Extremität kein organisches Korrelat gefunden. Der langwierige Heilungsverlauf sei durch einen unfallunabhängigen Analgetikabgebrauch, eine depressive Erkrankung und eine somatoforme Schmerzstörung ab Februar 2006 negativ beeinflusst (Urk. 13/171 S. 3 f.).

Der aktuell geklagte Schwindel sei aus neurologischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Folge des Unfalls vom 31. Juli 2005. Gegen eine Kausalität spreche, dass die behandelnden Neurologen bis im Juli 2006 weder Schwindelbeschwerden dokumentiert hätten, noch ein klinisch neurologischer Befund erhoben worden sei, der auf eine Störung des Gleichgewichtssystems hinweise. Erst im Juli 2006 habe Dr. B. ____ bei Fehlen eines pathologischen neurologischen Befundes den Verdacht auf einen paroxysmalen Lagerungsschwindel geäußert. Der Beschwerdeführer habe keine unfallbedingte strukturelle Läsion der Halswirbelsäule erlitten. Weder in der Anamnese noch anhand der klinisch dokumentierten Befunde hätten sich Anhaltspunkte ergeben, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten habe. Zusammenfassend beständen keine Hinweise für eine unfallbedingte periphere oder zentrale vestibuläre Ursache des Schwindels (Urk. 13/171 S. 4 Mitte).

Nach einer leichten HWS-Distorsion sei innerhalb von Tagen bis Wochen von einer Besserung der Beschwerden auszugehen. Bei einem Vorzustand mit degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule könne sich die Heilung verzögern. Im Fall des Beschwerdeführers wäre unter Berücksichtigung der unfallunabhängigen minimalen Bandscheibenprotrusion bei C6/C7 spätestens nach sechs Monaten eine vollständige Regredienz der Beschwerden zu erwarten gewesen. Bereits im Oktober 2005 hätten Hinweise für eine Symptomausweitung und Aggravation bestanden. Die Vermutung hätte sich anlässlich der Hospitalisation in der Rehaklinik C. ____ im Dezember 2005 bestätigt. Zu diesem Zeitpunkt hätten somit unfallfremde Faktoren eine wesentliche Rolle gespielt (Urk. 13/171 S. 4 f.). Der Beschwerdeführer sei

seit Mai 2006 in Behandlung bei Dr. S. ___ gewesen. Ab diesem Zeitpunkt seien eine depressive Erkrankung und eine somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund gestanden, wobei es sich um unfallunabhängige Diagnosen handle (Urk. 13/171 S. 5).

3.17 Dr. B. ___ nahm in einem Bericht vom 7. August 2007 zur Beurteilung von Dr. D. ___ und Dr. E. ___ Stellung (Urk. 10/1).

Der Beschwerdeführer schildere anlässlich der Konsultation vom 9. Juli 2007 eine Cervicobrachialgie links. Es seien Druckpunkte im Übergang des Nackens zur Schulter, im Bereich des linken Trapezius, Deltoideus und Brachioradialis zu finden. Die Rotation der Halswirbelsäule sei nach beiden Seiten mit Schmerzen bis zur Endexkursion möglich. Sensomotorische Ausfälle oder ein Nystagmus beständen nicht (Urk. 10/1 S. 1).

Im Bericht der Ärzte der Otoneurologie des A. ___ vom 22. Mai 2007 werde die Diagnose einer rezidivierenden Schwankschwindelsymptomatik bei einem chronifizierten Syndrom der Halswirbelsäule und einem Status nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule gestellt (Urk. 10/1 S. 1 unten). Dr. E. ___ habe seine Beurteilung in Unkenntnis des neuro-otologischen Berichtes des A. ___ vom 22. Mai 2007 abgegeben. Die Ärzte des A. ___ hätten das Beschwerdebild darin wie folgt beurteilt: Aufgrund der klinischen wie auch apparativen Untersuchungen beständen keine Anhaltspunkte für eine periphere oder zentrale vestibuläre Störung. Der geklagte Schwindel sei als schmerzbedingt zu beurteilen. Differentialdiagnostisch sei von einer Migräne auszugehen. Es werde nicht näher erörtert, was mit „Migräne“ gemeint sei (Urk. 10/1 S. 3 oben).

Der Beschwerdeführer habe schon am Unfallort über Schwindel geklagt. Zudem sei anlässlich der Erstbehandlung im Spital K. ___ ein Schwindel festgestellt worden. Aufgrund der Anamnese habe zwar keine Bewusstlosigkeit oder eine signifikante Amnesie, jedoch eine kurzfristige Veränderung des Bewusstseins vorgelegen. Die Frage einer milden traumatischen Hirnverletzung lasse er offen. Seit dem Unfall bestehe eine konstante Symptomatik auf der linken Seite im Bereich der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur mit Ausstrahlung in den linken Arm. Die diffuse Schwäche im linken Arm sei wahrscheinlich schmerzbedingt. Eine Computertomographie (C3 - Th1) habe keine Diskushernie ergeben. Es beständen einzig winzige Protrusionen bei C3/4 und C5/6 ohne Beeinträchtigung des Myelons. Ossäre degenerative Veränderungen lägen nicht vor (Urk. 10/1 S. 2 oben). Entgegen der Beurteilung durch Dr. S. ___ handle es sich bei der seit dem Unfall bestehenden Cervicobrachialgie links mit einem Hypertonus der Muskulatur um eine organische Grundlage. Sicherlich sei es seit dem Unfall zu einer ungünstigen psychischen Entwicklung mit psychosozialen Problemen gekommen (Urk. 10/1 S. 3 unten).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer leidet nach den Akten seit dem Verkehrsunfall vom 31. Juli 2005 an andauernden Beschwerden im Bereich des Nackens, der Schultern und der Wirbelsäule, an Kopfschmerzen und Schmerzen im linken Arm mit einem Taubheitsgefühl in den Fingern III bis V der linken Hand (Urk. 13/153.3). Daneben klagte er seit Juli 2006 über einen zunehmenden massiven Schwindel.

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten Dr. R. ___ und der zwischenzeitlich behandelnde Psychiater Dr. S. ___ eine schwere affektive Störung mit

depressiver Symptomatik bei vorbestehender psychosozialer Belastungssituation respektive eine depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradiger Episode, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 13/129.1, Urk. 13/153.2).

4.2 Der Beschwerdeführer wurde in neurologischer, neurootologischer und psychiatrischer Hinsicht umfassend abgeklärt. Die Untersuchungen ergaben kein eindeutiges klinisches Korrelat, das die andauernden Beschwerden zu erklären vermag. Eine unfallbedingte ossäre Läsion oder eine periphere oder zentrale vestibuläre Schädigung wurde nicht festgestellt. Auch der von Dr. B. erhobene Befund (schmerzhafte Druckpunkte im Bereich des Nackens und der Schultern) kann die massiven Schwindelbeschwerden nicht erklären. Von weiteren Abklärungen sind daher keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte Begutachtung zu verzichten ist.

Dr. B. verwies in dem Bericht vom 7. August 2007 auf die neuro-otologische Abklärung im A. vom 10. April und 14. Mai 2007. Die Ärzte des A. hätten in dem Bericht vom 22. Mai 2007 einen rezidivierenden Schwankschwindel diagnostiziert und eine Behandlung mit Magnesiocard empfohlen (Urk. 10/1 S. 1 unten). Der Bericht des A. liegt dem Gericht nicht vor. Nach dem Bericht von Dr. B. und der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 22. Januar 2008 ergab die Abklärung im A. keine Anhaltspunkte für eine periphere oder zentrale vestibuläre Störung (Urk. 10/1 S. 3 oben, Urk. 16 S. 1 unten). Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 22. Januar 2008 wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 28. Januar 2008 zugestellt (Urk. 17), der sich dazu nicht weiter äusserte. Das Ergebnis der neuro-otologischen Abklärung im A. ist nicht bestritten und deckt sich mit den medizinischen Untersuchungen. Auf den Beizug des Berichtes des A. vom 22. Mai 2007 kann daher verzichtet werden.

4.3 Der Beschwerdeführer brachte vor, die Beschwerdegegnerin habe nach dem Unfall über anderthalb Jahre Taggelder und Heilkosten bezahlt. Mit den Meinungsäusserungen von Dr. D. und Dr. E. sei der Nachweis nicht erbracht, dass der ursächliche Zusammenhang zum Unfall weggefallen sei (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 3-4).

Auch einem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen. Dies setzt voraus, dass der medizinischen Fachperson, die das Aktengutachten verfasst hat, genügend auf persönlichen Untersuchungen der versicherten Person beruhende ärztliche Unterlagen zur Verfügung standen. Diese müssen es dem Experten oder der Expertin erlaubt haben, sich ein für die zu beurteilenden Belange gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen. Vorausgesetzt ist somit, dass es beim Aktengutachten im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des EVG in Sachen L. vom 31. August 2006, U 198/06, Erw. 3.3; RKUV 2006 Nr. U 578 [U 245/05] S. 175 Erw. 3.4, 2001 Nr. U 438 [U 492/00] S. 346, 1988 Nr. U 56 S. 370 Erw. 5b).

Nach der Beurteilung durch Dr. D. handelt es sich bei dem festgestellten Riss im Anulus fibrosus der Bandscheibe C6/C7, welcher gemäss Dr. D. im MRI vom 3. August 2005 nicht sicher festzustellen ist, nicht um eine Folge des Unfalls vom 31. Juli 2005. Stattdessen ist von einem Begleitphänomen im Rahmen der Bandscheibendegeneration auszugehen (Urk. 13/170 S. 4 Ziff. 1). Die Einschätzung deckt sich mit dem Bericht von Dr. R. vom 4. März 2006 (Urk. 13/153.2 unten), die den

Beschwerdeführer im Gegensatz zu Dr. D. ___ und Dr. E. ___ persönlich untersuchte. Die Beurteilung durch Dr. D. ___, Dr. E. ___ und Dr. T. ___ lässt grundsätzlich darauf schliessen, dass zwischen den Beschwerden und dem Unfall kein ursächlicher Zusammenhang besteht. Da es sich bei den geklagten Schwindel- und Nackenbeschwerden sowie den Schmerzen im linken Arm nicht um organisch nachweisbare Beschwerden handelt, kann jedoch offengelassen werden, ob die Beschwerden zumindest teilweise auf den versicherten Unfall zurückzuführen sind, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1; vgl. auch BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 406 Erw. 4.3.1). Praxisgemäss kann auf weitere Beweisvorkehren zur natürlichen Kausalität verzichtet werden, wenn der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen ist, was hier - wie zu zeigen sein wird (vgl. Erw. 5) - zutrifft (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 3c; Urteile des Bundesgerichts in Sachen B. vom 16. Mai 2008, 8C_355/2007, Erw. 3.3.1, vom 31. Januar 2008, U 70/07, Erw. 5.1, und vom 16. Januar 2008, U 42/07, Erw. 3.3 mit Hinweisen). Damit kann auch offengelassen werden, ob die Schwindelbeschwerden, die ein Jahr nach dem Unfall verstrickt aufgetreten sind (vgl. Urk. 13/114.2), ursächlich auf den Verkehrsunfall vom 31. Juli 2005 zurückzuführen sind.

E. 5

5.1 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 438 f. Erw. 3a und b).

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

5.2 Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer bei dem Verkehrsunfall vom 31. Juli 2005 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat (vgl. Urk. 13/4 Ziff. 5, Urk. 13/6 S. 1). Zudem sind nach den Akten innert kurzer Zeit nach dem Unfall die für eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule typischen Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, verminderte Sensibilität des linken Armes, Übelkeit und eine in der Folge eingeschränkte Beweglichkeit der

HalswirbelsÄule aufgetreten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bereits anÄsslich der kreisÄrztlichen Untersuchung durch Dr. M. ___ vom 21. Oktober 2005 und des anschliessenden stationÄren Aufenthaltes in der Rehaklinik C. ___ wurde beim BeschwerdefÄhrer eine Tendenz zur Beschwerdeakzentuierung festgestellt (Urk. 13/42.5 unten), was auf eine Fehlverarbeitung des Unfalls schliessen lÄsst. Nachdem es im weiteren Verlauf zu einer depressiven Erkrankung gekommen ist (Urk. 13/129.1 unten), ist davon auszugehen, dass allÄllige auf den Unfall zurÄckzufÄhrende somatische Beschwerden im Vergleich zu der psychischen Problematik in den Hintergrund getreten sind. Die AdÄquanz ist daher vorliegend nach der Rechtsprechung gemÄss BGE 115 V 133 ff. zu beurteilen.

5.3Ä Ä Ä Ä

5.3.1Ä Ä Ä Bei der Einteilung der UnfÄlle mit psychischen FolgeschÄden in leichte, mittelschwere und schwere UnfÄlle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei UnfÄllen aus dem mittleren Bereich lÄsst sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adÄquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlÄssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare UmstÄnde, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine GesamtwÄrdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische BegleitumstÄnde oder besondere EindrÄcklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemÄsse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulÄssen;
- ungewÄhnlich lange Dauer der Ärztlichen Behandlung;
- kÄrperliche Dauerschmerzen;
- Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten ArbeitsunfÄhigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sÄmtlicher objektiver Kriterien in die GesamtwÄrdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten UmstÄnden kann fÄr die Beurteilung des adÄquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genÄgen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren FÄllen im mittleren Bereich zu zÄhlen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genÄgen, wenn es in besonders ausgeprÄgter Weise erfÄhlt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten ArbeitsunfÄhigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so mÄssen mehrere unfallbezogene

Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

5.3.2.2 Der Beschwerdeführer konnte sein Fahrzeug nach dem Unfall aus eigener Kraft verlassen. Wegen eines Schwindels stürzte er nach dem Aussteigen auf das linke Knie (Urk. 13/3.1). Äussere sichtbare Verletzungen zog sich der Beschwerdeführer im Übrigen nicht zu. Nach der biomechanischen Kurzbeurteilung ist es durch die Auffahrkollision zu einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung oberhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h und durch die anschliessende Frontalkollision zu einer Geschwindigkeitsänderung innerhalb eines Bereiches von 20 - 30 km/h gekommen (Urk. 13/63.4). Praxisgemäss ist der Unfall dem mittleren Bereich und dabei eher an der Grenze zu den leichteren Unfällen zuzuordnen.

5.3.3.3 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls liegen nicht vor. Nachdem einzig Muskelverspannungen im Schulter- und Nackenbereich und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule festgestellt werden konnten, fehlt es an einer schweren Verletzung. Bei einer Behandlungsdauer von weniger als zwei Jahren ist zudem nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auszugehen. Ebenso bestehen keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung.

5.3.3.4 Der Beschwerdeführer klagte gegenüber Dr. R. über Dauerschmerzen wechselnder Lokalisation und Intensität (Urk. 13/153.3). Daneben leidet er aktuell an starken Schwindelbeschwerden. Festzuhalten ist, dass in sämtlichen Berichten auf eine Tendenz des Beschwerdeführers zu demonstrativem Verhalten und zur Beschwerdeakzentuierung hingewiesen wird (Urk. 13/153.4 unten, Urk. 13/43.1). Bei dieser Ausgangslage kann, da der tatsächliche Leidensdruck des Beschwerdeführers nur schwer abzuschätzen ist (Urk. 13/42.6 oben), nicht unbesehen auf körperliche Dauerschmerzen abgestellt werden. Das Kriterium ist daher zu verneinen.

5.3.3.5 Im Weiteren liegt weder ein schwieriger Heilungsverlauf vor noch ist es zu erheblichen Komplikationen gekommen.

5.3.3.6 Nach Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik C. war dem Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Austrittsberichts vom 30. Dezember 2005 eine angepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags zuzumuten (Urk. 13/43.2). Dr. B. attestierte dem Beschwerdeführer am 13. Juli 2006 aufgrund der neu aufgetretenen Schwindelbeschwerden eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/105.3 unten), wobei nach Einschätzung des aktuellen Hausarztes Dr. Ronald Gruhler, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, im September 2006 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestand (Urk. 13/114.1 S. 2). Da demzufolge lediglich von einer zwischenzeitlich erhobenen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, fehlt es an einer besonderen oder an einer

besonders lange dauernden physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die von Dr. S.____ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/129.2 unten) bezieht sich auf das psychische Beschwerdebild und ist daher vorliegend nicht zu berücksichtigen. Da keines der genannten Kriterien erfüllt ist, fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 31. Juli 2005 kein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen daher zu Recht auf den 15. März 2007 eingestellt. Mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs besteht auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich daher als rechts, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Mit Kostennote vom 24. April 2009 machte der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers einen Aufwand von 39 Stunden und 25 Minuten sowie Barauslagen in Höhe von Fr. 318.10 betreffend die Rechnungsperiode vom 26. April 2006 bis 24. April 2009 geltend (Urk. 20/1-2). Da vorliegend aber einzig die Aufwendungen für das gerichtliche Verfahren zu vergüten sind, ist von einem Aufwand von 10 Stunden und 30 Minuten (Posten 14.6.2007 Eingang Einspracheentscheid SUVA" bis 7.2.2008 Tel von Klient", vgl. Urk. 20/2 S. 2) auszugehen. Die geltend gemachten Barauslagen von Fr. 318.10 (Spesenpauschale 3 %, vgl. Urk. 20/2 S. 2 unten) sind demzufolge ebenfalls zu kürzen. Der unentgeltliche Rechtsbeistand ist somit bei einem Aufwand von 10,5 Stunden und Barauslagen von Fr. 63.-- und beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'328.-- (Honorar und Auslagenersatz inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier, Zürich, wird mit Fr. 2'328.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier
 - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
 - Bundesamt für Gesundheitsowie an:
 - Gerichtskasse

5. 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.