

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00472 vom 3. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00472

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00472 du 3 février 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00472 del 3 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. 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).

1.2. 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 blosses 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).

E. 1.3

1.3.1. 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 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig 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 Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche 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 Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. 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 genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen 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 andern 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).

1.3.3. Für 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle

zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

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.).

E. 2

2.1 Die nach dem Unfall erstbehandelnden Ärzte des Stadthospitals A. diagnostizierten mit Bericht vom 4. Mai 2001 (Urk. 11/5) eine HWS-Distorsion sowie eine BWS-Kontusion. Sie schilderten Druckdolenz auf Höhe des Dornfortsatzes C0 und auf Höhe der Paravertebralmuskulatur C6/7. Nebst Sensibilitätsstörungen im rechten Arm erwähnten sie Parästhesien in der rechten Gesichtshälfte. Auf den angefertigten Röntgenbildern zeigten sich leichte degenerative Veränderungen C4-6 ohne traumatische Läsionen. Auch eine MRI-Untersuchung der HWS vom 22. März 2001 (Urk. 11/12) blieb ohne relevanten Befund.

2.2 Dr. D. diagnostizierte am 23. April 2001 (Urk. 11/13) ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit radikulären Ausfallerscheinungen C6-8 rechts bei Status nach heftigem Überdehnungstrauma der HWS am 20. März 2001 infolge Heckkollision. Er schilderte eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit, eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur, eine diffuse Hypästhesie am rechten Arm und der rechten Hand sowie leicht abgeschwächte C6-Reflexe am rechten Arm. Er bestatigte die vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit und empfahl eine schonende Therapie mit allenfalls einer stationären Rehabilitationsbehandlung.

E. 2.3

2.3.1 Der Psychiater Dr. G. diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. Mai 2002 (Urk. 11/62) einen Status nach Polytraumatisierung mit Residualbeschwerden vor allem kognitiv-sensorischer, aber auch vegetativer Art, eine pathologische Krankheitsverarbeitung, eine depressive Entwicklung sowie eine Minderung sozialer Kompetenzen. Syndromatologisch verwies er auf ein depressives Zustandsbild mit stark subjektiver Hinwendung auf Defizienzsymptome, eine Veränderung der Lebensperspektive sowie eine starke Einengung des Erlebens auf die Schmerzen. Dr. G. führte aus, der Beschwerdeführer sei deutlich gespannt und reizbar geworden, er beklage eine Reizüberflutung (Autolärm, sprechende Leute) und er ertrage zuweilen keinerlei Geräusche mehr. Seine Ehe sei aufgrund seiner Verfassung einige Monate nach dem Unfall geschieden worden. Für den arbeitsamen und einsatzfreudigen Beschwerdeführer seien die Einschränkungen eine schwere Kränkung, er hadere mit dem Schicksal und seine Erinnerungen seien auf den Unfall eingengt. Sodann habe er wegen zeitweiser Orientierungslosigkeit das Autofahren aufgegeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. G. ___ berichtete von einer Beruhigung im vegetativen Bereich unter Antidepressiva, stellte aber keine günstige Prognose, da eine Chronifizierung drohe. Hinderlich in Bezug auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit erachtete er die bislang unzureichende Beeinflussbarkeit der Beschwerden, die bleibenden Behinderungen, die sozialen Folgestörungen, Zukunftsunsicherheiten, Angst vor Selbstbestimmungsunfähigkeit und fehlender Handlungsautonomie.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Kausalität führte er aus, der zeitliche Aspekt zwischen den verschiedenen Geschehnissen spreche klar dafür, dass ein Zusammenhang zwischen unfallbedingten Verletzungen und psychopathologischen Manifestationen bestehe. Weiter dominierten ja gerade diese Themen das Erleben des Beschwerdeführers in einem umfassenden Sinn, der sich in seiner Persönlichkeit durch das Unfallgeschehen akut nachteilig verändert sehe, so dass die Krankheitsverarbeitung das zentral belastende Thema sei. Der Beschwerdeführer erlebe sich als ineffizient, in vielen Belangen ungenügend und unbrauchbar.

2.3.2 Ä Ä Im Verlaufsbericht vom 25. Januar 2003 (Urk. 11/100) erwähnte Dr. G. ___ einen auf insgesamt ungenügendem Niveau stabil gebliebenen Zustand (fluktuierend innerhalb eines bestimmten Rahmens). Die Beeinträchtigung der Vitalgefäße vor dem Hintergrund der depressiven Erlebensverarbeitung sei die eine Seite des psychopathologischen Prozesses. Die andere sei das Trauma vorwiegend narzisstischer Natur, wie es sich in den aktuellen dysfunktionalen und destruktiven Modi des Denkens und der Selbsteinschätzung widerspiegle. Dr. G. ___ führte die Stagnation der Therapie auf die geringen emotionalen Fähigkeiten des Beschwerdeführers zurück und rechnete nicht mehr mit der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit.

2.4 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der Rehaklinik J. ___ hatten in ihrem Bericht über die EFL vom 17. Mai 2002 (Urk. 11/64) folgende Diagnosen gestellt: (1) ein zervikospodylogenes Syndrom beidseits mit Schmerzausstrahlung in beide Arme, mit hochgradiger, sensorineuraler posttraumatischer Schwerhörigkeit beidseits (Versorgung mit Hörgeräte beidseits) sowie bei Status nach HWS-Distorsion am 20. März 2001, (2) rezidivierende, teilweise anstrengungsabhängige Kopfschmerzen vom Spannungskopfweh- und Migränetyp gemischt, (3) eine traurige Grundstimmung mit wiederholten Äußerungen von Suizidgedanken anamnestisch, wiederholtem Weinen in Gesprächen, mehreren psychosozialen Belastungsfaktoren (Scheidung nach Unfall, Suizidversuch der Tochter, Soziophobie), (4) ein rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit Kreuzbeschwerden bei wiederholter Belastung und Tätigkeit in längerdauernd vorgeneigter Position, (5) ein Status nach Ringbandspaltung am rechten Daumen bei Tendinitis de Qervain Dig. I rechts, (6) eine medikamentös behandelte arterielle Hypertonie sowie (7) eine Vergesslichkeit und Kurzzeitgedächtnisstörungen (differenzialdiagnostisch im Rahmen der psychiatrischen Problematik oder einer neuropsychologischen Funktionsstörung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Spezialisten der Rehaklinik J. ___ erkannten als arbeitsbezogen relevante Probleme eine Funktionsstörung des Nackens mit verminderter Belastbarkeit, belastungsabhängigen Schmerzen und Schmerzausstrahlungen in beide Arme. Ferner klagte der Beschwerdeführer über teilweise anstrengungsabhängige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Seit dem Unfall berichte er über Kurzzeitgedächtnis- und Konzentrationsprobleme. Die Ärzte befanden indes die psychische Problematik als im Vordergrund stehend auf dem Hintergrund beträchtlicher psychosozialer

Belastungsfaktoren. Die Leistungsbereitschaft sowie Konsistenz beurteilten sie als fraglich. Aus rein somatisch-funktioneller Sicht gingen sie von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit aus ohne längerdauernde Arbeit über Brusthöhe. Den Vorschlag eines stationären Settings lehnte der Beschwerdeführer strikte ab.

E. 2.5

2.5.1.1 Im Gutachten vom 14. September 2005 (Urk. 11/147) berichteten die Ärzte der Klinik H. von geklagten, 24 Stunden anhaltenden ständigen Nacken- und Schulterschmerzen im dorsalen Schulterbereich mit schwankender Intensität. Es bestanden auch Ausstrahlungen vom Nacken nach okzipital bis frontal beidseits. Vor allem bei starken Nackenschmerzen würden auch die frontalen Kopfschmerzen deutlich zunehmen. Zudem bestanden diffuse Ausstrahlungen in beide Oberarme. Alle diese Beschwerden würden durch Kälte, Regen und Drehen des Kopfes verstärkt. Eine Schmerzverringerung werde durch Wärmeapplikation, passive Physiotherapie, Schmerzpflaster und Liegen auf einem Nackenkissen verringert. Daneben bestehe eine allgemeine Kraftlosigkeit mit intermittierenden Schmerzen in der BWS. Bei verstärkten Schmerzen gebe es vermehrt psychische Probleme sowie Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten. Als Hauptproblem würden die Nacken- und Schulterschmerzen empfunden (S. 15 f.).

2.5.2.1 Auf den neu angefertigten Röntgenbildern der HWS und BWS vom 26. April 2004 zeigte sich eine Fehlhaltung der HWS in Form einer Streckhaltung der oberen Zervikalsegmente an den Halswirbelkörpern (HWK) 2 bis 5, eine segmentäre Kyphosierung HWK4/5, eine minimale Chondrose sowie mässige Spondylose der Bodenplatte HWK4 und eine eher dorsalbetonte Spondylose HWK5/6. Diese degenerativen Veränderungen interpretierten die Ärzte im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 20. März 2001 als stationär.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In den Funktionsaufnahmen war eine eingeschränkte Beweglichkeit HWK5/6 mit diskretem vermehrtem Ventralgleiten HWK4 gegenüber HWK5 als Ausdruck einer minimalen Hypermotilität zu ersehen, ferner ein Retroglissement HWK2 gegenüber HWK3 respektive HWK3 gegenüber HWK4 bei Reklination, vereinbar mit einer minimalen Hypermotilität oder vermehrter Laxität. Dies bei konstanter Lage des Dens axis.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die BWS zeigte eine Fehlhaltung in Form einer minimalen zervikothorakal linkskonvexen, thorakolumbal rechtskonvexen Skoliose sowie eine mässige verstärkte Kyphose. Dies bei Verdacht auf eine diskret ausgeprägte Osteopenie ohne wesentliche Deformitäten einzelner Wirbelkörper (S. 18 f.).

2.5.3.1 Im Rahmen der EFL ging der untersuchende Physiotherapeut K. von der Zumutbarkeit einer mittelschweren, wechselbelastenden Arbeit mit seltenen Gewichtbelastungen bis maximal 30 kg aus. Dabei sollten Arbeiten über Kopf, in vorgeneigten Positionen im Stehen/Sitzen nur selten (1-5 % eines normalen Arbeitstages) vorkommen. Weiter sollten keine Anforderungen ans Gleichgewicht gestellt werden. Dies wurde mit der Funktionsstörung des Nackens mit stark verminderter Belastbarkeit begründet (S. 20).

2.5.4.1 Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung sprachen Dr. rer. nat. L., Diplompsychologin, und Dr. phil. M., Neuropsychologin FSP/SVNP,

Verkehrspsychologe VfV, von einem mittelschwer beeinträchtigten Leistungsprofil. Es sei jedoch fraglich, inwieweit die Untersuchung das tatsächliche Leistungsniveau zeige, hätten doch auffällige Ergebnisse und eine wenig sorgfältige Arbeitsweise des Beschwerdeführers beobachtet werden müssen. Dies könne ein Hinweis darauf sein, dass die kognitive Leistungsfähigkeit von anderen als hirnorganischen Faktoren mitbeeinflusst werde (Motivation, Depression, Schmerzen, S. 22).

2.5.5.5. Bei der neurologischen Untersuchung durch Prof. Dr. med. N. ___ und Dr. med. O. ___, Fachärzte für Neurologie FMH, konnten keine eindeutig pathologischen Befunde erhoben werden. Die Ärzte führten aus, die Schmerzen im Rahmen des Zervikalsyndroms seien nicht zu objektivieren gewesen. Die Schmerzen gingen indes überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurück, hätten diese doch vorher nicht bestanden. Der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit ständen - nebst den chronischen Schmerzen, welche Einschränkung indes als gering zu veranschlagen sei - vor allem psychische Gründe entgegen. Sie rieten vom Heben schwerer Lasten (über 10 kg) ab und attestierten eine 70-80%ige Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht (S. 23 ff.).

2.5.6. Der Gutachter Dr. med. P. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, der Beschwerdeführer interpretiere Unwohlsein (Schmerzen, Schwindel, Ermüdbarkeit) als Kranksein, weshalb er seine heutige Verfassung im Kontrast zum Ideal vollkommener Gesundheit als komplette Misere empfinde. Das Ausmass über die an sich verständliche Enttäuschung über den Zustand irritiere und gründe in einem narzisstisch überhöhten Selbstkonzept, in Größenideen und Größenfantasien, die Antreiber eines wahrscheinlich längere Zeit erfolgreichen Leistungsverhaltens gewesen seien (S. 25).

Der Psychiater diagnostizierte eine Persönlichkeit mit akzentuiert narzisstischen Zügen. Im Sinne einer Verdachtsdiagnose könne auch eine narzisstische Persönlichkeitsstörung angenommen werden. Bei der Untersuchung hätten sich indes kaum Anzeichen einer manifest depressiven Selbsterabsetzung gefunden, viel eher die Überkompensation als Zeichen der funktionierenden Gegenregulation. Dr. P. ___ verwies sodann auf die biopsychischen Diagnosen anhaltender Schmerz, Unwohlsein und Ermüdung (in Verbindung mit narzisstischem Modus der Symptomresistenz, negativ-operante Verstärkung von Krankheitsverhalten und narzisstisch akzentuiertem Persönlichkeitsstil, S. 25 f.).

Er ging davon aus, dass der Unfall mindestens eine natürliche Teilursache für das heutige Beschwerdebild darstelle, hätten sich doch ohne Unfall die Dinge nicht in dieser Weise entwickelt (S. 27), und attestierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 28).

2.5.7. Die Ärzte gingen von einer unfallbedingten Verursachung des zervikozephalen und zervikobrachialen sowie des thorakovertebralen Schmerzsyndroms aus unter dem Hinweis, dass vor dem Unfall keine Schmerzen bestanden hätten. Auch die neuropsychologischen Defizite und die psychische Problematik erkannten sie als durch den Unfall verursacht (S. 36 f.). Hinweise für eine unabhängig vom Unfall entwickelte psychische Störung wurden verneint (S. 40).

Zusammenfassend gingen die Gutachter von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für eine körperlich adaptierte Tätigkeit aus (aus psychiatrischer Sicht, aus neurologischer Sicht bestehe eine 70-80%ige Arbeitsfähigkeit, aus

rheumatologischer eine solche von 75 %, S. 43).

2.6. Dr. I., welche den Beschwerdeführer seit 25. August 2005 betreut, verwies in ihrem Bericht vom 26. Januar 2008 (Urk. 13) auf das im Vordergrund stehende Beschwerdebild der somatischen Probleme und deren Verarbeitung. Hauptinhalt der Therapiegespräche seien Copingstrategien für die Bewältigung der körperlichen Beschwerden und der neuropsychologischen Defizite. Hinzu kämen die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Bekämpfung von Wertlosigkeitsgefühlen und die Behandlung depressiver Symptome. Sie führte aus, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall ein zufriedener Mann mit einem guten Lebensgefühl gewesen. Die depressiven Beschwerden hätten sich erst viel später eingestellt. Er habe als optimistischer Mensch zunächst an eine Heilung geglaubt. Die Erkenntnis, dass er in seinen Fähigkeiten eingeschränkt bleiben würde, habe phasenweise gar zu Suizidalität geführt.

Dr. I. verneinte das Vorliegen von psychischen Beschwerden vor, während und in direktem Anschluss an den Unfall unter dem Hinweis, dass der Hausarzt erstmals im November 2001 eine Depression erwähnt und sich der Beschwerdeführer erst im Mai 2002 in psychiatrische Behandlung begeben habe. Wenn der damals behandelnde Kollege schreibe, die depressive Entwicklung habe sich erst seit März 2001 eingestellt, so bestärke dies, dass sich die psychische Problematik ausgehend vom Unfall allmählich entwickelt habe.

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Einspracheentscheid den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Restbeschwerden (Schmerzen im Rahmen des chronischen zervikozephalen und zervikobrachialen sowie rezidivierend thorakovertebralen Schmerzsyndroms, neuropsychologische Defizite, psychische Beschwerden, Schwerhörigkeit) und dem Unfall vom 20. März 2001 (Urk. 2 S. 7). Dies ist nicht zu beanstanden.

3.2. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und 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, Wesensveränderungen usw. vorliegt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung sodann aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schleudertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des EVG in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei genügt es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet, und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (vgl. hierzu: Urteil des EVG i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

3.3. Vorliegend steht fest, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Erstuntersuchung im Stadtpital A. über Druckdolenzen im Bereich der Nackenmuskulatur (nebst Sensibilitätsstörungen im rechten Arm) klagte (Urk. 11/5). Im

J. ___ verwiesen sodann ebenso wie die Gutachter der Klinik H. ___ auf Inkonsistenzen bei den entsprechenden Untersuchungen (Urk. 11/64 und Urk. 11/147 S. 22).

4.1.4. Hinzuweisen bleibt sodann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach grundsätzlich auf den medizinischen Erfahrungssatz abzustellen ist, dass der organische Zustand des Rückens nach Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate bzw. spätestens nach einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall wieder soweit hergestellt ist, wie er auch dann wäre, wenn sich der Unfall niemals ereignet hätte (Status quo sine, vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Insofern ist auch bei der Annahme von nicht erkannten Verletzungen anlässlich des Unfalls nicht davon auszugehen, dass diese im Zeitpunkt der faktischen Leistungseinstellung nach über fünf Jahren (Verzicht auf Rückforderung von Leistungen bis zum Verfügungszeitpunkt am 24. Mai 2006, Urk. 11/158) noch bestanden haben.

4.1.5. Schliesslich ist festzuhalten, dass die Rechtsfigur post hoc ergo propter hoc, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die die Annahme eines Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). Demgemäss kann aus den derart lautenden Ausführungen einzelner Ärzte (Gutachter der Klinik H. ___, Urk. 11/147 S. 36) nicht auf eine Kausalität geschlossen werden.

4.1.6. Zusammenfassend steht damit fest, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden organisch und namentlich bildgebend nicht nachweisbar sind.

Bezüglich der psychischen Beschwerden ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass diese eindeutig und markant bereits im März 2001 in den Vordergrund traten und seither stets behandlungsbedürftig waren. Damit brachte sie die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 113 zur Anwendung (Urk. 2 S. 8). Der Beschwerdeführer hielt dagegen, erstmals mit Bericht vom 13. November 2001 habe Dr. B. ___ von einer Depression mit Suizidalität gesprochen und gleichzeitig festgehalten, dass sich die psychische Situation durch die Antidepressiva sowie durch die Verbesserung der Schmerzsituation gebessert habe. Dass sich im Anschluss an ein Unfallereignis eine depressive Entwicklung einstellt, brauche eine gewisse Zeit und heisse in keiner Art und Weise, dass die psychische Problematik eindeutig und markant bereits schon im März 2001 in den Vordergrund getreten sei. Demgemäss schloss er auf die Anwendung der Praxis des Bundesgerichtes zur Adäquanz nach Schleudertrauma gemäss BGE 123 V 99 (Urk. 1 S. 18 f.).

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei Spitaleintritt einen ängstlichen Eindruck gemacht hat (Urk. 11/5 Ziff. 3 lit. e). Hieraus kann nach einem Autounfall noch nicht auf eine psychische Problematik geschlossen werden. Indessen verwies Dr. B. ___ am 13. November 2001 (Urk. 11/35) auf eine Depression mit Suizidalität, welche unter Antidepressiva und durch Verbesserung der Schmerzsituation besser geworden sei. Auch wenn er keine Angaben über den exakten Zeitpunkt des Auftretens der Depression gemacht hat, so steht doch fest, dass bis zum

Berichtszeitpunkt eine (wenn auch nicht echtzeitlich fachärztlich festgestellte) klare psychiatrische Diagnose gestellt wurde und die Therapie bereits erfolgreich verlaufen war. Der behandelnde Dr. G. ___ bestätigte am 2. Mai 2002 (Urk. 11/62) die Richtigkeit dieser Diagnose unter dem Hinweis, dass sich die depressive Entwicklung seit dem Unfall eingestellt habe. Auch die weiter behandelnden Ärzte berichteten allesamt von einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik: Die Ärzte der Rehaklinik J. ___ sprachen am 17. Mai 2002 davon, dass die psychische Problematik im Vordergrund stehe und verwiesen namentlich auf die Belastungsfaktoren (Scheidung nach dem Unfall, Suizidversuch der Tochter, Soziophobie, Urk. 11/64 S. 2). In der Folge bestätigte Dr. G. ___ die Diagnose einer anhaltenden Depression unter Hinweis auf eine narzisstische Natur des Beschwerdeführers (Urk. 11/100), was von den Gutachtern der Klinik H. ___ bestätigt wurde (Urk. 11/147 S. 25 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser medizinischen Berichte steht fest, dass der Unfall nicht auf eine psychisch vollkommen gesunde Person getroffen ist, sondern auf eine psychisch labile. Dass bis zur Diagnosestellung einige Zeit verging, ändert hieran nichts. Es ist erstellt, dass der Beschwerdeführer bereits kürzeste Zeit nach dem Unfall mit erheblichen Belastungsfaktoren konfrontiert war, kam es doch nach vielen Jahren der Ehe zur Scheidung und ging er selber davon aus, dass dies wegen des Unfalls der Fall war (Urk. 11/62). Sodann erfolgte ein Suizidversuch seiner Tochter. Von zentraler Bedeutung ist indes die fachärztliche Feststellung einer narzisstisch geprägten Persönlichkeit, auch wenn nicht explizit die Diagnose (sondern bloss die Verdachtsdiagnose) einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gestellt wurde (Urk. 11/147 S. 25). Sodann ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall neben seiner Vollzeitstelle noch verschiedene andere regelmässige Erwerbstätigkeiten ausübte, und auf diese Weise ein enormes Pensum zu leisten hatte. Wenn nun - bei der bekannten Persönlichkeit - ein Unfall auftritt und in der Folge von einer von allen Ärzten als im Vordergrund stehenden psychischen Problematik gesprochen wird, muss mit der Beschwerdegegnerin davon ausgegangen werden, dass die psychische Beeinträchtigung von Beginn weg bestand und die Auswirkungen auch in den Vordergrund traten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass sich der Beschwerdeführer erst über ein Jahr nach dem Unfall in psychiatrische Behandlung begab (vgl. Urk. 1 S. 18), ändert an diesen Feststellungen nichts, denn es ist aktenkundig, dass er der Behandlung seiner psychischen Beeinträchtigung vorerst keine Priorität einräumte. So vergingen auch nach der Ankündigung gegenüber der Beschwerdegegnerin, fachärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen (Gesprächsprotokoll vom 3. Januar 2002, Urk. 11/43 S. 2), noch Monate bis zur Erstkonsultation. Sodann überzeugt die Einschätzung der erst seit 25. August 2005 behandelnden Ärztin Dr. I. ___ nicht, findet sich doch darin im Wesentlichen die unkritische Wiedergabe der Schilderungen des Beschwerdeführers und standen ihr offenbar die Vorberichte nicht zur Verfügung, nahm sie doch nicht einmal Kenntnis von der aktenkundig auffälligen Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht fest, dass die psychische Problematik beim Beschwerdeführer schon bald nach dem Unfall in den Vordergrund trat, weshalb vorliegend die Rechtsprechung zu den psychischen Folgen nach Unfällen zur Anwendung gelangt. Es kann vorliegend nicht davon gesprochen werden, dass der Beschwerdeführer mit intakter psychischer Verfassung die Therapie in Angriff genommen hat, sondern es haben von Beginn weg die negativen psychischen Auffälligkeiten die Heilung

erschwert.Â

E. 4.2

4.2.1Â Â Â Â Â Â Â Â WÃ¤hrenddem die Beschwerdegegnerin von einem Unfall im mittleren Bereich mit Tendenz gegen leicht ausging (Urk. 2 S. 9), schloss der BeschwerdefÃ¼hrer auf einen solchen im Grenzbereich zu den schweren UnfÃ¤llen (Urk. 1 S. 20 f.).

4.2.2Â Â Â Â Â Â Â Â Aufgrund der Polizeiakten ist erstellt, dass am Transporter des BeschwerdefÃ¼hrers als Schaden eine eingedrÃ¼ckte HecktÃ¼re sowie eine eingedrÃ¼ckte Frontpartie resultierte (Fotos zu Urk. 11/1a). Die Spezialisten der Arbeitsgruppe fÃ¼r Unfallmechanik gingen von einer GeschwindigkeitsÃ¤nderung des Fahrzeugs des BeschwerdefÃ¼hrer oberhalb der Harmlosigkeitsgrenze von 10-15 km/h aus (Urk. 11/92). Die weiteren UmstÃ¤nde des Unfalls gestalteten sich nicht besonders schwer: So konnte der BeschwerdefÃ¼hrer der Polizei nach dem Unfall ohne Weiteres Auskunft geben und klagte er bloss Ã¼ber eine leichte Prellung am Kopf (Urk. 11/1a S. 7). Sodann befand sich eine Mitfahrerin im besagten Fahrzeug, welche sich ausser einer leichten SchÃ¼rfung am linken Schienbein keine Verletzungen zuzog. Bei solchen VerhÃ¤ltnissen liegt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ein Unfall im mittleren Bereich mit Tendenz gegen leicht vor. FÃ¼r die Annahme einer Tendenz gegen schwer verlangt die Rechtsprechung viel erheblichere UmstÃ¤nde (vgl. die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgerichts zum Bundesgesetz Ã¼ber die Unfallversicherung, 3. Auflage, ZÃ¼rich 2003, S. 57 f.).

4.2.3Â Â Damit ist eine adÃ¤quate KausalitÃ¤t nur zu bejahen, wenn ein einzelnes praxisgemÃ¤sses Kriterium in besonders ausgeprÃ¤gter Weise erfÃ¼llt ist oder verschiedene Kriterien in gehÃ¤ufter oder auffallender Weise erfÃ¼llt sind.

E. 4.3

4.3.1Â Â Der Unfall vom 20. MÃ¤rz 2001 war weder von besonders dramatischen UmstÃ¤nden begleitet noch besonderes eindrÃ¼cklich. Auch wenn sich ein erheblicher Sachschaden ergab, war doch der BeschwerdefÃ¼hrer beispielsweise nicht eingeklemmt und auch sonst nicht besonders schlimm betroffen. So konnte er auch nach dem Unfall ohne Weiteres aussteigen und erstaunt feststellen, dass die FÃ¼hrerkabine des unfallverursachenden Lastwagens leer war (Urk. 11/1a S. 6). Auch der praktisch unauffÃ¤llige Befund bei seiner Beifahrerin spricht gegen eine besondere EindrÃ¼cklichkeit des Unfalls.

4.3.2Â Â Der BeschwerdefÃ¼hrer erlitt sodann keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. Im Gegenteil waren den bildgebenden Untersuchungen in Bezug auf die WirbelsÃ¤ule keine LÃ¤sionen zu entnehmen und beschrÃ¤nkten sich die organischen Beschwerden auf Muskelverspannungen, Druckdolenzen sowie eine EinschrÃ¤nkung der HWS-Beweglichkeit. Die (von der Beschwerdegegnerin als unfallkausal anerkannte) HÃ¶rschÃ¤digung kann nicht als schwere Verletzung gelten und wurde denn auch mittels HÃ¶rgerÃ¤t korrigiert. Die Daumenverletzung, welche operativ saniert wurde, imponiert sodann nicht als schwere Verletzung. Desgleichen erfÃ¼llen die zeitweisen SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen dieses Kriterium nicht.

4.3.3Â Â Weiter liegt keine fortgesetzte spezifische, belastende Ã¤rztlichen Behandlung und schon gar keine Fehlbehandlung vor. Der BeschwerdefÃ¼hrer wurde jederzeit

adäquat behandelt und es wurden seitens des Hausarztes die notwendigen Zuweisungen gemacht, der Daumen operiert sowie eine rehabilitative Hospitalisation vorgenommen, ohne dass diese als aussergewöhnlich oder belastend imponierten. Dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner (unfallfremden) Soziophobie Anstaltsaufenthalte als belastend empfindet und sich gar weigerte, ein stationäres Setting in Anspruch zu nehmen (Urk. 11/64 S. 2), führt nicht zur Bejahung dieses Kriteriums.

4.3.4.4 Zur Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben wurde. Die Ärzte der Rehaklinik J. ___ befanden indes am 17. Mai 2002 (Urk. 11/64), dass aus somatisch-funktioneller Sicht eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zumutbar sei. Eine ebensolche Tätigkeit hatte der Beschwerdeführer vor dem Unfall inne. In diesem Sinne erscheinen die auf dem Unfallschein eingetragenen vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 11/36) durch den Hausarzt als überwiegend mit den Aussagen des Beschwerdeführers begründet. So berichtete Dr. B. ___ beispielsweise am 13. November 2001 (Urk. 11/35) über eine langsame Besserung der Situation unter Physiotherapie (Beginn Anfang Juni 2001), dass aber gleichwohl noch Schmerzen bestanden und der Beschwerdeführer Opiate benötigte. Eine nachvollziehbare Begründung hierfür findet sich nicht. Die Gutachter der Klinik H. ___ legten sodann dar, dass eben die (vorliegend zur Klärung der Adäquanzfrage nicht relevante) psychische Komponente ausschlaggebend für die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit sei.

4.3.5.4 Der Beschwerdeführer litt nach dem Unfall an Schmerzen. Aus den Akten geht hervor, dass er von seinem Hausarzt regelmässig Opiate verschrieben bekam (Urk. 11/35). Auch im Rahmen der Begutachtung an der Klinik H. ___ berichtete er (mithin Jahre nach Unfall) über ständige Nacken- und Schulterschmerzen, wobei er eine schwankende Intensität schilderte und auch Mittel zur Linderung erwählte (Urk. 11/147 S. 15 f.). Dr. B. ___ hatte bereits im Mai 2002 festgehalten, dass die Schmerzintensität schwankend sei (Urk. 11/63). Die Schmerzen sind jedenfalls nicht derart schlimm, dass der Beschwerdeführer nicht mehr einkaufen und spazieren gehen oder Reisen (wenn auch in der Stadt) absolvieren könnte. Auch kann er sich auswärts verpflegen und Fischen gehen (Urk. 11/147 S. 41).

4.4.4.4 Zusammenfassend steht fest, dass von den praxisgemässen Kriterien zwei gegeben sind (Arbeitsunfähigkeit und Dauerschmerzen), dies jedoch im Wesentlichen aus psychischen Gründen und nicht wegen den organischen Verletzungen. Sodann sind die Kriterien jedenfalls nicht in einer ausgeprägten Weise gegeben.

4.4.4.4.4 Damit sind die vom Beschwerdeführer nach dem 14. September 2005 geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal zum Unfallereignis vom 20. März 2001. Die Beschwerdegegnerin hat demgemäss zu Recht ihre Leistungen per 14. September 2005 eingestellt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

4.4.4.4.4 Anzumerken bleibt, dass auch für eine Kostenübernahme der Bursektomie (Operation vom 28. März 2006, Urk. 11/153) kein Raum besteht. Wenn Dr. E. ___ die entsprechende Ellbogenschädigung als unfallkausal erachtet (Urk. 11/160), findet dies in den Akten keine Stütze, wurde doch rechtzeitig nicht von einer Ellbogenverletzung gesprochen und erscheint ein Zusammenhang nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch

- Försprecher Renö W. Schleifer

- 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 Beschwerdeföhrers 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.