

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00532 vom 24. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00532

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00532 du 24 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00532 del 24 settembre 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 In den Unfallmeldungen vom 6. und vom 17. März 2006 führte der Beschwerdeführer zum Unfallhergang aus, dass er einen Maishäcksler auf einen Anhänger mit Traktor aufgeladen habe. Die Kette, mit welchem der Maishäcksler angekettet gewesen sei, sei ins Rutschen geraten und habe ihn an die Traktorfront gedrückt. Durch festen Gegendruck habe er sich selber befreien können. Als Verletzungen gab er eine Schramme bzw. eine Schnittwunde von etwa 8 cm am rechten Unterarm und Quetschungen am Brustkorb an (Urk. 9/1, Urk. 9/UM1). Mit Unfallmeldung vom 18. September 2006 nannte er bei gleichbleibender Schilderung des Unfallhergangs als betroffene Körperteile Unterarm, Brustkorb, Nacken und Schulter (Urk. 9/UM2).

Laut Beschreibung des Unfallhergangs durch den Arbeitgeber vom 3. März 2008 habe Herr B. den Auftrag erhalten, Doppelräder und den Maishäcksler auf einen Anhänger zu laden. Beim Aufladen des Maishäckslers habe er die Hilfe des Beschwerdeführers benötigt, um den Maishäcksler auf dem Wagen richtig zu positionieren. Herr B. habe dem Beschwerdeführer den Auftrag erteilt, auf den Wagen zu steigen und den Maishäcksler so zu drehen, dass er auf den Wagen passe. Danach habe sich Herr B. zur Führerkabine begeben (Urk. 22/1 S. 1). Noch nicht in der Führerkabine sitzend, habe er vorne am Traktor den Beschwerdeführer wild mit den Händen rudern sehen und sich sofort zum Beschwerdeführer begeben, ihn mit Manneskraft aber nicht befreien können. Zurück in der Führerkabine habe er durch Senken des Frontladers den Beschwerdeführer befreien können. In der Folge habe er mit dem Beschwerdeführer einen Arzt oder Spital aufsuchen wollen, der Beschwerdeführer habe dies jedoch mehrmalig abgelehnt, daraufhin habe er dessen Schramme am Arm verbunden, worauf der Beschwerdeführer mit seinem Auto nach Hause gefahren sei (Urk. 22/1 S. 2).

3.2 Dr. med. C., Stationsärztin Chirurgie des Spitals A., welche den Beschwerdeführer noch am Unfalltag behandelte, diagnostizierte mit Arztzeugnis vom 20. März 2006 eine Thoraxkompression und nannte als Befund eine 8 cm lange Rissquetschwunde in der rechten Ellenbeuge, eine leichte Druckdolenz retrosternal und eine unauffällige Auskultation. Im Röntgenbefund führte sie einen mediastinalen Pneumothorax rechts auf, doch das am folgenden Tag durchgeführte CT zeigte einen Normalbefund ohne freie Luft im Thorax. Nach Wundversorgung und Analgesie schloss sie am 3. März 2006 die Behandlung ab und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 6. März 2006 beziehungsweise eine volle Arbeitsfähigkeit ab diesem Datum (Urk. 9/M2).

3.3. Prof. Dr. med. D.____, Zentrum für bildgebende Diagnostic, E.____, berichtete am 12. September 2006 über die durchgeführte Kernspintomographie der Halswirbelsäule und gab als Indikation einen Status nach Unfall und persistierenden, HWS-bedingten Schwindel an. Im Befund nannte er bei C6/C7 eine leichte Höhenminderung des Bandscheibenapparates mit kollateraler im Bereich der Grundplatte C6 aktiver Osteochondrose ohne Nachweis einer Wirbelkörperkompression sowie eine leichte Protrusio des Bandscheibenapparates ohne signifikante rezessale oder foraminale Enge. Clivus bis C5/C6 sowie C7 bis Th5 seien unauffällig und die Darstellung des gesamten Myelon regelrecht. Eine grobe Vertebralispathologie sollte nicht vorliegen, da sich ein kräftiges Flusssignal innerhalb der Atlasschlingen und der intrakraniellen Abschnitte bei leichter linksseitiger Vertebralisypoplasie zeige (Urk. 9/M5).

3.4. Am 15. September 2006 diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine posttraumatische foraminale Diskushernie C6/C7 links sowie eine erosive Osteochondrose. Er führte aus, dass der Beschwerdeführer nun seit mehreren Monaten an Schwindelattacken sowie chronischen, linksbetonten Zervikozephalgien leide. Mehrere unterschiedliche konservativ therapeutische Versuche hätten eine Linderung, aber keine Beschwerdefreiheit gebracht. Die jetzt durchgeführten MRI-Untersuchungen zeigten eine eindeutige Situation, nämlich eine leichte Diskushernie, die in das Foramen auslaufe auf Höhe C6/C7 mit entsprechender foraminaler Stenosierung bei erosiver Osteochondrose. Damit seien die Beschwerden erklärt, und es sei durchaus möglich, dass es aufgrund des starken Traumaereignisses zu dieser kleinen Bandscheibensprengung im Foraminalraum gekommen sei. Er empfehle hier ein rein konservatives Vorgehen unter dem Versuch von Dehnung und Extension, Entspannung und Symmetrisierung der im Röntgenbild massiven Schrägstellung und Schiefhaltung der Halswirbelsäule; falls die Beschwerden dann über Monate nicht nachliessen, sei eine CT-gesteuerte Infiltration indiziert (Urk. 9/M7).

3.5. Mit Arztzeugnis vom 22. September 2006 diagnostizierte der behandelnde Hausarzt, Dr. med. G.____, Allgemeinmedizin FMH, ein Kompressionstrauma mit HWS-Distorsion und nannte als besondere Wahrnehmungen einen Schock- und einen Erschöpfungszustand und als Befund eine Rissquetschwunde am rechten Ellenbogen. Er ging von Unfallfolgen aus und verneinte, dass der Beschwerdeführer schon vorher unter ähnlichen Beschwerden gelitten habe. Als Therapien seien bisher Physiotherapie, Atlaslogie und Aufbauinfusionen veranlasst worden. Vom 2. bis zum 28. März 2006 sowie vom 2. Mai bis zum 1. August 2006 attestierte er eine volle Arbeitsunfähigkeit; eine Arbeitsaufnahme sei teilweise zu 50 % ab 2. August 2006 und voll ab 27. August 2006 erfolgt, ab 28. August 2006 sei der Beschwerdeführer jedoch wieder zu 100 % arbeitsunfähig und ab 27. September zu 50 % arbeitsunfähig. Einen Behandlungsabschluss verneinte er (Urk. 9/M8).

Mit Arztbericht vom 21. November 2006 schilderte Dr. G.____ G.____ G.____ die Beschwerden dahingehend, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall grosse Mühe mit der Konzentration habe, verwirrt sei und alles vergesse. Die Ausdauer sei deutlich reduziert, es bestehe kein klares und strukturiertes Denken mehr, und es lägen Schwindel und Nackenbeschwerden vor. An Befunden vom 2. März 2006 nannte er eine grosse Rissquetschwunde rechts kubital bei durch Schock fehlender Blutung. Bei ansonsten fehlenden objektivierbaren Befunden diagnostizierte er ein thorakales Kompressionstrauma.

Als Vorzustand bestehe eine Tendenz zu Depressionen. Der Beschwerdeführer sei mittels Physiotherapie, Atlaslogie und Neuraltherapie behandelt worden und erhalte Seropram und Aufbaupräparate. Der Heilverlauf bezüglich des Unfalls vom 2. März 2006 sei protrahiert. Der Beschwerdeführer könne theoretisch die Arbeit versuchsweise wieder aufnehmen, sei zur Zeit jedoch stellenlos. Die Prognose der Arbeitsfähigkeit sei unsicher und nur möglich bei einer angepassten Tätigkeit, wie Gärtner, Hauswartung oder Tierpfleger, welche keine Dauerkonzentration erfordere. An medizinischen Massnahmen führte er die bestehende Therapie zur Stabilisierung und allenfalls leichter Besserung sowie Psychotherapie und Physiotherapie auf. Die Behandlungsdauer könne nicht abgeschätzt werden, und die Arbeitsunfähigkeit bestehe bis auf weiteres (Urk. 9/M18).

3.6 Dr. med. H. ____, FMH Orthopädische Chirurgie, legte mit Bericht vom 21. Dezember 2006 dar, dass beim Unfall vom 2. März 2006 der Maishöckler ins Rutschen gekommen sei und den Beschwerdeführer gegen die Traktorfront gedrückt habe; offenbar habe es sich nicht um eine sehr grosse Geschwindigkeit gehandelt. Eine wesentliche Beeinflussung der Halswirbelsäule bei diesem wohl schweren, aber nicht sehr rasch erfolgten Einklemmen sei unwahrscheinlich. Es würden ja dann auch bis zum Abschluss keine Probleme auf Höhe der Halswirbelsäule oder neuropsychologische Störungen angegeben; diese seien offenbar erst später aufgetreten. Er nehme somit an, dass mit dem Abschluss des Unfalls am 26. März 2006 und dem Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit der Status quo ante respektive sine erreicht gewesen sei (Urk. 9/M19).

3.7 Dr. med. I. ____, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, diagnostizierte am 5. März 2007 eine grosse Rissquetschwunde rechts kubital bei durch Schock fehlender Blutung sowie ein thorakales Kompressionstrauma unter Bezug von Nacken- und Schulterbereich. Der Beschwerdeführer stehe seit längerer Zeit in seiner Behandlung und habe ihn am 27. März 2006 als Psychiater und ehemaligen Dozenten für Akupunktur aufgesucht. Es beständen kognitive Störungen (Gedächtnis) und Konzentrationsstörungen. Beispielsweise schildere der Beschwerdeführer sehr anschaulich und offen, wie er bekannte Orte, die er schon mehrmals aufgesucht hatte, nicht mehr habe finden können. Er sei innerlich sehr erregt, ja fast gehetzt gewesen, und diese Agitiertheit habe sich mit einer deutlichen Reizbarkeit manifestiert, was zum Schockzustand führe. Bei der artikulomedizinischen Diagnostik habe er zwei Störfelder im Brust-Schulter-Bereich festgestellt, welche für die Nacken- und Schulterschmerzen klar verantwortlich gewesen seien. Durch die Behandlung hätten sich die Schmerzsymptome gebessert. Er habe den Beschwerdeführer letztmals am 15. Dezember 2006 gesehen; zum Zeitpunkt dieser Konsultationen sei der psychische und körperliche Zustand durch den Unfall ganz klar beeinträchtigt worden. Wegen des posttraumatischen Schockzustandes habe er Fluctine angeordnet, da das Seropram nicht voll angesprochen habe. An Therapien seien Neuraltherapie, Akupunktur und Homöopathie durchgeführt worden; Atlaslogie und Physiotherapie hätten eine gewisse Besserung gebracht. Aufgrund der derzeitigen Arbeitslosigkeit habe seit dem 13. November 2006 noch kein Arbeitsversuch durchgeführt werden können (Urk. 9/M20).

3.8 Dr. F. ____, hielt mit Bericht vom 23. April 2007 fest, dass er den Beschwerdeführer seit 30. April 2003 wegen Kniebeschwerden und Lumbalgien bei degenerativer Veränderung der Lendenwirbel behandle und erwähnte als Befunde vom 13. September 2006 Foraminalstenosen und Osteochondrosen C6/C7 links mit Bandscheibenvorfall foraminal (Urk. 9/M21).

müssen die dadurch ausgelassensten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben, während bei einer vorbestehenden Diskushernie der Halswirbelsäule das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden beträgt. Für spätere Rezidive hat die Unfallversicherung nur einzustehen, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. März 2005, U 218/04 Erw. 6.1).

Der Unfall vom 2. März 2006 stellt zweifellos kein Unfall von besonderer Schwere dar (vgl. auch nachstehend Erw. 5.2). Dafür, dass die Symptome einer Diskushernie sodann unverzüglich oder zumindest innerhalb einer Latenzzeit von wenigen Stunden nach dem Unfall aufgetreten wären, bestehen weder aufgrund der medizinischen Akten und insbesondere dem Bericht der erstbehandelnden Ärztin Dr. C. (vgl. vorstehend Erw. 3.2; Urk. 9/M2) Anhaltspunkte noch machte der Beschwerdeführer dies in seinen - sogar mehrere Tage bzw. Wochen nach dem Unfall ausgefallten - Unfallmeldungen geltend (Urk. 9/1, Urk. 9/UM1). Schliesslich kann aufgrund des in diesem Punkt übereinstimmend geschilderten Unfallhergangs nicht auf eine axiale Belastung der Wirbelsäule geschlossen werden, da sich der Maishäcksler vom Anhänger auf den Beschwerdeführer zu in Richtung Traktorfront bewegte (vgl. vorstehend Erw. 3.1; Urk. 9/1, Urk. 9/UM1-UM2, Urk. 22/1 S. 2) und nicht rein axial von oben auf den Beschwerdeführer herabdrückte. Damit fehlt es an einer geeigneten Einwirkung zum Hervorrufen einer Diskusprotrusion.

Was die sich teilweise widersprechenden Arztberichte von Prof. Dr. D. und Dr. F. (vorstehend Erw. 3.3-3.4 und 3.8; Urk. 9/M5, Urk. 9/M7, Urk. 9/M21, Urk. 22/3) betrifft, so kann nach dem Gesagten offen bleiben, ob es sich lediglich um eine Protrusion oder aber um eine Diskushernie handelte, und ob ein degenerativer Vorzustand vorlag, weil die in jedem Falle für die Bejahung einer Unfallkausalität erforderlichen, unverzüglich auftretenden Symptome in Form eines vertebrealen oder radikulären Syndroms ausblieben. Während Prof. Dr. D. sich zur Frage der Unfallkausalität nicht äusserte, hielt Dr. F. lediglich fest, dass es möglich sei, dass die Diskushernie auf das starke Traumaereignis zurückzuführen sei. Die blosser Möglichkeit genügt jedoch nicht, um die im Unfallversicherungsrecht erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zu erstellen (vgl. vorstehend Erw. 1.2).

Der am 12. September 2006 erhobene Befund einer Diskusprotrusion beziehungsweise einer Diskushernie auf der Höhe C6/C7 ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 2. März 2006 zurückzuführen.

4.3 Im Weiteren ist zu prüfen, ob in Bezug auf den Unfall vom 2. März 2006 von einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule auszugehen ist. Dies erfordert nebst der entsprechenden medizinischen Diagnose das Vorliegen eines für solche Verletzungen typischen Beschwerdebildes. Dazu gehört eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 134 V 109). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts müssen Beschwerden und Befunde in der Halsregion oder an der

Wirbelsäule im Anschluss an eine solche Verletzung binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75; RKUV 2000 Nr. U 259 S. 29 Urteil in Sachen S. vom 15. Januar 2008, 8C_8/2007).

Anlässlich der Erstuntersuchung am 2. März 2006 klagte der Beschwerdeführer offenbar nicht über Kopfschmerzen oder über andere, für das Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule typischen Beschwerden, auch stellte die erstbehandelnde Ärztin Dr. C. keine solchen fest (vgl. vorstehend Erw. 3.2; Urk. 9/M2). Auch der Beschwerdeführer selber nannte in den mehrere Tage bzw. Wochen später - am 6. und 17. März 2006 - ausgefallten Unfallmeldungen keine solchen Anzeichen. Erst über fünf Monate später fügte er in der Unfallmeldung vom 18. September 2006 Beschwerden in Nacken und Schulter an (vgl. vorstehend Erw. 3.1; Urk. 9/1, Urk. 9/UM1-UM2). Aufgrund der vorstehend zur Aussage der ersten Stunde geschilderten Praxis fällt diese Ergänzung indessen vorliegend ausser Betracht (vgl. vorstehend Erw. 1.6).

Was die späteren, ab September 2006 erstellten, medizinischen Berichte anbelangt, so werden darin zwar Beschwerden beschrieben, welche es angezeigt erscheinen lassen, das Vorliegen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule zu präferieren. So nannte Prof. Dr. D. am 12. September 2006 einen HWS-bedingten Schwindel (vgl. vorstehend Erw. 3.3; Urk. 9/M5), Dr. F. wies am 15. September 2006 auf seit mehreren Monaten bestehende Schwindelattacken und Zervikozephalgien hin (vgl. vorstehend Erw. 3.4; Urk. 9/M7), der Hausarzt Dr. G. G. G. ging am 22. September 2006 von einem Kompressionstrauma mit HWS-Distorsion und einem Schock- und Erschöpfungszustand aus (vgl. vorstehend Erw. 3.5; Urk. 9/M8) und legte am 21. November 2006 dar, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall an Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, verminderter Ausdauer, Schwindel und Nackenbeschwerden leide (vgl. vorstehend Erw. 3.6; Urk. 9/M18). Dr. I. schliesslich nannte am 5. März 2007 ein thorakales Kompressionstrauma unter Bezug von Nacken- und Schulterbereich, kognitive und Konzentrationsstörungen, eine Agitiertheit und deutliche Reizbarkeit sowie Nacken- und Schulterschmerzen (vgl. vorstehend Erw. 3.8; Urk. 9/M20). Prof. Dr. D. ausgenommen gingen diese Ärzte alle davon aus, dass die Beschwerden unfallkausal seien, begründeten dies jedoch nicht näher. Eine präzise Zeitangabe des erstmaligen Auftretens der Beschwerden fehlt in ihren Berichten, und auch die von Dr. G. G. G. gemachte Angabe «seit dem Unfall» ist unspezifisch. Im übrigen ist zu berücksichtigen, dass Dr. G. G. G. als der über längere Zeit behandelnde Hausarzt aufgrund der durch die Behandlungsdauer entstehenden Vertrauensstellung eher zu Gunsten des Beschwerdeführers aussagen dürfte und dessen Aussagen deshalb relativierend zu wärdigen sind (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Zudem stehen dem, wie bereits erwähnt, die Aussagen erster Stunde des Beschwerdeführers selber entgegen, welcher nicht nur vier Tage, sondern sogar rund zwei Wochen nach dem Unfall in der Unfallmeldung keinerlei Nacken-, Schulter- oder Konzentrationsbeschwerden meldete. Bezüglich der Beurteilung durch Dr. I. ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer ihn erstmals über drei Wochen nach dem Unfallereignis, am 27. März 2006, aufsuchte. Damit wird die Voraussetzung des typischen diffusen Beschwerdebilds offensichtlich nicht erfüllt, zumal die Beschwerden erstmals aus über ein halbes Jahr nach dem Unfall erstellten Arztberichten hervorgehen, welche keine Rückschlüsse darauf erlauben, dass die Beschwerden mit

Überwiegender Wahrscheinlichkeit innert der Latenzzeit von höchstens 72 Stunden nach dem Unfall aufgetreten sind. Dies stimmt denn auch mit der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung von Dr. H. _____ überein, wonach eine wesentliche Beeinflussung der Halswirbelsäule bei diesem Unfallhergang unwahrscheinlich sei (vgl. vorstehend Erw. 3.6; Urk. 9/M19).

Selbst aus den weiteren, vom Beschwerdeführer eingereichten Rechnungen, Therapiebestimmungen und Arztzeugnissen (Urk. 3/1-2) lässt sich nichts anderes ableiten. So bestätigen die Arztzeugnisse der Dres. Van G. _____ G. _____ und Dr. I. _____ lediglich, dass noch unfallkausale und eine Arbeitsunfähigkeit bewirkende Beschwerden vorliegen, während Dr. med. J. _____, FMH Allgemeine Medizin, immerhin noch ausführt, dass es sich bei den Beschwerden um Nackenschmerzen, Schwindel, Müdigkeit und Leistungsabfall handle (Urk. 3/2). Weitere Rechnungen belegen ärztliche und therapeutische Behandlungen aus den Jahren 2007 (Urk. 3/1/1, Urk. 3/1/4-7, Urk. 3/1/10, Urk. 3/1/12) und 2006 (Urk. 3/1/2-3, Urk. 3/1/8-9, Urk. 3/1/11, Urk. 3/1/13), darunter auch für Atlaslogie mit einer ersten Konsultation am 11. September 2006 (Urk. 3/1/2). Auch daraus lässt sich somit kein Auftreten der Beschwerden innert der Latenzzeit ableiten.

Mangels Auftretens der geklagten Beschwerden innert der Latenzzeit von höchstens 72 Stunden handelt es sich damit nicht um ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule.

4.4 Liegt keine organische Unfallfolge und kein hinreichend nachgewiesenes Schleudertrauma der Halswirbelsäule (oder äquivalente Verletzung) vor, welches als Ursache für die verschiedenen Beschwerden in Frage kommt, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 24. April 2006 nach der in BGE 115 V 133 zu psychischen Beschwerden entwickelten Rechtsprechung zu präferieren (Erw. 1.4 und 1.5 hievore).

E. 5

5.1 Angesichts des sich aus den Unfallschilderungen ergebenden objektiven Unfallgeschehens ist von einem mittelschweren Unfall auszugehen, wobei offen bleiben kann, ob der Beschwerdeführer sich nun allein zu befreien vermochte oder ob der Frontlader zunächst gesenkt werden musste (vgl. vorstehend Erw. 3.1). Damit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bejaht werden kann, muss somit ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden sieben Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sein (vgl. vorstehend Erw. 1.5).

5.2 Vorliegend ist zwar dem Unfallereignis eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzusprechen. Dass der offenbar rund 1.5 Tonnen schwere Maishäcksler den Beschwerdeführer gegen die Traktorfront drückte, war zweifellos geeignet, Empfindungen von Angst und Erschrecken hervorzurufen. Ob der Beschwerdeführer sich nun selber mit massivem Gegendruck oder erst nach Senken des Frontladers zu befreien vermochte, kann dabei offen bleiben (vgl. vorstehend Erw. 3.1). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalles im Sinne der entsprechenden höchststrichterlichen Formulierung kann nicht gesprochen werden, da die Prüfung des Unfallereignisses aufgrund einer objektivierten Betrachtungsweise zu erfolgen hat. An das subjektive Erleben kann deshalb nicht

angeknüpft werden. Dabei ist auch auf das Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts hinzuweisen, worin es das Vorliegen besonders dramatischer Begleitumstände und einer besonderen Eindringlichkeit selbst bei einem in 18 m Höhe über dem Boden am Oberkörper eingeklemmten Versicherten verneinte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen O. vom 6. September 2005, U 270/05, Erw. 5).

Die Thoraxkompression und Rissquetschwunde am rechten Unterarm erscheinen sodann nicht als Verletzung von besonderer Schwere oder besonderer Art, zumal auch hier von einer objektivierten Betrachtungsweise auszugehen ist. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas für sich allein die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung nicht zu begründen vermag (vgl. BGE 134 V 128 Erw. 10.2.2, Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 31. Mai 2005 in Sachen P., U 329/03, Erw. 3.3.2). Sie ist zudem erfahrungsgemäss auch nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Diskusprotrusion ist nicht zu berücksichtigen, denn sie ist nicht auf den Unfall vom 2. März 2006 zurückzuführen (vgl. vorstehend Erw. 4.2).

Was die Behandlungsdauer betrifft, so schloss Dr. C. die Behandlung am 3. März 2006 ab (Urk. 9/M2). Demgegenüber verneinte Dr. G. G. einen Behandlungsabschluss, allerdings erst mit Bericht vom 22. September 2006 (Urk. 9/M8), und die erste, belegte hausärztliche Konsultation datiert vom 2. Mai 2006 (Urk. 3/1/9). Zusammen mit Dr. F. und Dr. I. nannte er an bis im Dezember 2006 durchgeführten ärztlichen und therapeutischen Behandlungen Physiotherapie, Atlaslogie, Aufbauinfusionen, Neuraltherapie, Akupunktur, Tiefen-Infrarot, Homöopathie und Psychotherapie sowie in medikamentöser Hinsicht Seropram und Fluctine (Urk. 9/M7-M8, Urk. 9/18, Urk. 9/M20). Ersichtlich sind insbesondere folgende Behandlungen: Atlaslogie neun Sitzungen vom 11. September bis 6. November 2006 (Urk. 9/10-11), Physiotherapie neun Sitzungen mit Verordnung vom 13. September 2006 bzw. Antrag auf Kostengutsprache vom 13. Februar 2007 (Urk. 9/29-30), fünf bis zehn Sitzungen Akupunktur und Tiefen-Infrarot mit Verordnung vom 16. Januar 2007 (Urk. 9/18) sowie verschiedene, im Zeitraum vom 31. Mai bis 13. Juli 2006 von Dr. G. G. G. durchgeführte Therapien (Urk. 9/8-9, Urk. 3/1/3). Aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Rückforderungsbelegen und Rechnungen ergeben sich zudem verschiedene Arztkonsultationen (Urk. 3/1/1-13). Wieweit diese ausschliesslich im Zusammenhang mit aus dem Unfall vom 2. März 2006 resultierenden Beschwerden erfolgten - ab Oktober 2006 bestanden auch Knieprobleme - ist nicht bei allen Positionen klar. Anzumerken ist auch, dass bei Seropram und Fluctine (bzw. die Wirkstoffe Citalopram und Fluoxetin) als vorwiegend zur Behandlung von Depressionen eingesetzten Medikamenten (vgl. Psychembel Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 537) wahrscheinlich erscheint, dass diese angesichts der offenbar vorbestehenden Tendenz zu Depressionen (Urk. 9/M18) in erster Linie als Antidepressiva eingesetzt wurden. Fraglich ist sodann auch die wissenschaftliche Anerkennung einiger der durchgeführten Therapien. All dies kann jedoch offen bleiben, denn selbst wenn man von einer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis aufgrund der Akten bis im Juni 2007 (Urk. 3/1/2, Urk. 3/1/7, Urk. 3/1/10, Urk. 3/1/12) reichenden Behandlungsdauer ausgehen würde, so wäre diese noch nicht ungewöhnlich lang.

Was die Nacken- und Schulterschmerzen angeht, so hatten sich diese laut Bericht von Dr. I. ___ vom 5. März 2007, welcher den Beschwerdeführer letztmals am 15. Dezember 2006 gesehen hatte, einerseits durch seine Akupunkturbehandlung gebessert, andererseits hätten auch Atlaslogie und Physiotherapie eine gewisse Besserung gebracht (Urk. 9/M20). Dass aufgrund der Schmerzen intensive und auf Dauer angelegte Therapien, Massnahmen oder gar Rehabilitationsaufenthalte erforderlich gewesen wären, geht aufgrund der soeben geschilderten Therapien aus den Akten nicht hervor und machte der Beschwerdeführer nicht geltend. Das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen ist damit nicht erfüllt.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, liegt sodann nicht vor. Ebenso wenig kann von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen gesprochen werden.

Was die Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrifft, so ist aufgrund der Atteste der erstbehandelnden Ärztin des Spitals A. ___ und des Hausarztes im Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. März 2006 von einer längstens bis zum 28. März 2006 dauernden physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 9/M2, vorstehend Erw. 3.2; Urk. 9/M8, vorstehend Erw. 3.5; Urk. 9/M1, Urk. 9/M3-4, Urk. 9/M9-10, Urk. 9/M12). Zwar bescheinigte Dr. G. ___ G. ___ G. ___ auch später verschiedene Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 9/M6, Urk. 9/M8-17), doch sind diese teilweise widersprüchlich, wenig übersichtlich und unklar, womit diese medizinisch begründet wurden; zudem sind sie aufgrund der bereits erwähnten Vertrauensstellung relativierend zu wärdigen (vgl. vorstehend Erw. 4.3). Was insbesondere die erneute Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit ab 2. Mai 2006 und ab 2. August 2006 angeht, so erfolgte diese seinen Vermerken zufolge krankheitsbedingt (Urk. 9/M8, Urk. 9/M11-14, Urk. 9/M16) und fällt vorliegend daher ausser Betracht. Somit lag nach dem Unfall keine lange, physisch bedingte und medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit vor. Dass der Beschwerdeführer infolge Arbeitslosigkeit nach dem gescheiterten Arbeitsversuch vom 24. bis 27. August 2006 (Urk. 9/M9-10) keinen weiteren Arbeitsversuch mehr unternahm (Urk. 9/M18, vorstehend Erw. 3.5; Urk. 9/20, vorstehend Erw. 3.7), kann daran nichts ändern. Zwischen dem Unfallereignis und der Feststellung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit lag somit die als kurz zu bezeichnende Dauer von weniger als einem Monat.

Damit ist von den sieben Adäquanzkriterien höchstens eines, dasjenige der längeren Behandlungsdauer, und dieses nur in leichter Ausprägung erfüllt. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 2. März 2006 und der psychischen Problematik ist somit zu verneinen. Nach dem Gesagten liegen auch keine Brückensymptome vor, welche einen - vom Beschwerdeführer zu beweisenden - Rückfall zu ändern vermöchten.

Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. November 2007 als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte mit Honorarnote vom 9. September 2009 einen Aufwand von 9.08 Stunden und Barauslagen von Fr. 150.65 geltend (Urk. 26/1-2). Beim praxisgemässen Stundensatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist er somit mit Fr. 2'115.70 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Bischoff, Zürich, wird mit Fr. 2'115.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Markus Bischoff
- Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft
- 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 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.