

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00024 vom 28. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00024 du 28 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00024 del 28 luglio 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 31. Januar 2005 befand sich der Beschwerdeführer als Fahrer im mittleren von drei stehenden Autos, die von hinten angefahren wurden (Urk. 17/Z1, Urk. 18/1, Urk. 18/9 S. 6). Er war zu diesem Zeitpunkt wegen Rückenproblemen zu 80 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 17/Z20, Urk. 17/1-34).

Die Erstbehandlung am Unfalltag erfolgte durch Dr. med. C., Allgemeinmedizin FMH, der gemäss Bericht vom 16. Februar 2005 (Urk. 17/ZM2) ein negatives und positives Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) diagnostizierte (Ziff. 5), als unfallfremd ein vorbestehendes lumbospondylogenes Syndrom mit Arbeitsfähigkeitseinschränkung bezeichnete (Ziff. 2b) und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestierte (Ziff. 8).

Ein am 2. Februar 2005 erstelltes MR der HWS hatte keine Hinweise für ligamentäre oder ossäre posttraumatische Läsionen gegeben, wohl aber Diskusprotrusionen C5/6 und eine Spondylose C5 und C6 gezeigt (17/ZM4, Urk. 3/8).

3.2 Dr. med. D., Neurochirurgie FMH, nannte in seinem Bericht vom 28. Februar 2005 (17/ZM3) als Diagnose HWS-Distorsionstrauma, Auffahrunfall (Ziff. 2) und als andere Faktoren degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Ziff. 4). Die Arbeitsunfähigkeit als Geschäftsführer betrage 100 % bis am 28. Februar 2005 und 60 % vom 1. bis 31. März 2005 (Ziff. 6).

Zu einem am 14. April 2005 erstellten triplanaren MR führte Dr. med. E., Radiologie FMH, aus, die gefundenen Signalveränderungen entsprächen Hämosiderinablagerungen (weitgehend resorbierten Mikroblutungen); die Herde seien eine Folge von Sheeringverletzungen (richtig: shearing, Scherverletzungen; vgl. Urk. 17/ZM17 S. 3 Fussnote) nach einem Schädel-Hirntrauma (Urk. 17/ZM6 = Urk. 3/7).

Dr. D. berichtete erneut am 10. Juni 2005 (Urk. 17/ZM10). Als Diagnosen nannte er nunmehr ein HWS-Beschleunigungstrauma und ein Schädelhirntrauma nach Auffahrunfall (Ziff. 1). Vorgängig habe bereits ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bestanden (Ziff. 4). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 70 % seit dem 24. Mai 2005 (Ziff. 6). Insgesamt sei die Prognose günstig (Ziff. 10).

Dr. C. berichtete am 13. Juni 2005 (Urk. 17/ZM9) und nannte als Diagnosen ein HWS-Beschleunigungstrauma und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (Ziff. 1). Vorderhand bestehe keine volle Arbeitsfähigkeit (Ziff. 7); es sei eine neuropsychologische Abklärung empfohlen (Ziff. 8). Die Prognose sei günstig (Ziff. 10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu einem weiteren, am 13. Juli 2005 erstellten triplanaren MR fÄ¼hrte PD Dr. med. F.____, Radiologie FMH, aus, es finde sich die unverÄ¼ndert umschriebene HÄ¼mosiderinablagerung ohne Anhaltspunkte fÄ¼r einen zugrundeliegenden pathologischen GefÄ¼ssprozess und es gebe keine Anhaltspunkte fÄ¼r anderweitige intrakranielle Traumafolgen (Urk. 17/ZM 11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. G.____, Neurologie FMH, berichtete am 12. Juli 2005 Ä¼ber eine am 11. Juli 2005 durchgefÄ¼hrte neuropsychologische AbklÄ¼rung. Kognitive LeistungsfÄ¼higkeit und ArbeitsfÄ¼higkeit seien deutlich eingeschrÄ¼nkt; eine Steigerung Ä¼ber 30 % hinaus sei momentan sicher nicht realistisch (Urk. 17/ZM13 = Urk. 3/9).

3.3Ä Ä Ä Ä Am 6. Januar 2006 erstatteten Dr. med. H.____, dipl. NDS in Medizintechnik ETHZ, Assistenzarzt, Dr. sc. tech. M. Muser, dipl. Ing. ETH, Dozent fÄ¼r Traumbiomechanik, und Prof. Dr. med. J.____, Facharzt fÄ¼r Rechtsmedizin, speziell forensische Biomechanik, Arbeitsgruppe fÄ¼r Unfallmechanik, eine biomechanische Beurteilung (Urk. 17/ZM17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die GeschwindigkeitsÄ¼nderung (Delta-v) habe beim Heckanstoß 8.2-12.1 km/h und beim sekundÄ¼rem Frontanstoß 4.1-8.9 km/h betragen (S. 2 Mitte). Die Kollision sei aus biomechanischer Sicht nicht als schwerwiegend zu bezeichnen; eine Comotio cerebri sei bei diesen geringen Kopfbelastungen ausgeschlossen und die diagnostizierte Scherverletzung sei nicht kollisionsbedingt erklÄ¼rbar (S. 4 Mitte); von neurologischer Seite sei das Kollisionsereignis deutlich Ä¼berschÄ¼tzt worden (S. 5 Mitte).

3.4Ä Ä Ä Ä Dr. G.____ berichtete am 18. Februar 2006 (17/ZM18 = 3/10) Ä¼ber noch leichte Aufmerksamkeitsschwankungen; die mnestischen und visuo-rÄ¼umlichen Funktionen hÄ¼tten sich im Vergleich zur Voruntersuchung erfreulich gebessert. UngÄ¼nstig wirke sich die zunehmende depressive Symptomatik aus, die sich reaktiv auf die im Beruf und Alltag erlebten EinschrÄ¼nkungen entwickelt haben dÄ¼rft (S. 1 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 17. MÄ¼rz 2006 berichtete Dr. G.____ Ä¼ber eine weitere Verschlechterung der depressiven Symptomatik. Aufgrund des invalidisierenden Beschwerdebilds im Rahmen des ErschÄ¼pfungssyndroms betrage die ArbeitsunfÄ¼higkeit aktuell 100 % (Urk. 17/ZM19 = Urk. 3/11).

3.5Ä Ä Ä Ä Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersuchte den BeschwerdefÄ¼hrer am 27. MÄ¼rz 2006, worÄ¼ber er am 17. April 2006 berichtete (Urk. 17/ZM21 = Urk. 3/16). Anamnestisch hielt er fest, der BeschwerdefÄ¼hrer habe einen Verkehrsunfall mit SchÄ¼delhirntrauma erlitten; neuroradiologisch hÄ¼tten Verletzungsfolgen im Hirn festgestellt werden kÄ¼nnen (S. 3 oben). Die Untersuchung bestÄ¼tige die Diagnose einer depressiven StÄ¼rung, diese sei im Zeitpunkt der Exploration als leichte depressive Episode zu charakterisieren. Es handle sich um eine psychoreaktive StÄ¼rung, wobei die Reaktion auf die Folgen des Unfalles (kognitive Defizite, konsekutiv Einschränkung der LeistungsfÄ¼higkeit und Belastbarkeit) erfolge (S. 3 Mitte).

3.6Ä Ä Ä Ä Am 6. MÄ¼rz 2007 erstattete Prof. Dr. med. L.____, Facharzt Neurologie, Medizinischer Leiter Rehabilitation, Rehaklinik Bellikon (RKB), ein Gutachten (Urk. 17/ZM25). Es basierte unter anderem auf einer am 1. Februar 2007 erfolgten neuropsychologischen AbklÄ¼rung (Bericht vom 8. Februar 2007; Urk. 17/ZM24), einem

am 26. Februar 2007 erstatteten psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 17/ZM23), den Vorakten (vgl. Urk. 17/ZM25 S. 9) und eigener Untersuchung (vgl. Urk. 17/ZM25 S. 10-12)

Der Gutachter hielt zum Unfallhergang fest, es sei kein Kopfanprall erfolgt und keine Bewusstlosigkeit aufgetreten; initial seien Beschwerden am Hinterhaupt und der HWS aufgetreten. Seither sei eine Besserung erfolgt, aktuell sei der Beschwerdeführer bezüglich HWS beschwerdefrei. Bald nach dem Unfall hätten kognitive Störungen das Hauptmass der Beschwerden ausgemacht (S. 12 unten). Das Beschwerdemuster nach dem Unfall sei untypisch für organisch-strukturelle Folgen einer Hirnverletzung; es sei der Zusammenhang mit der psychiatrischen Symptomatik zu diskutieren und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfall wegen einer Lumboischialgie 80 % arbeitsunfähig gewesen sei (S. 13 Mitte). Shearingverletzungen liessen sich nicht direkt nachweisen, sondern gestützt auf im Verlauf auftretende Hirnatrophien, die hier nicht gegeben seien (S. 13 unten).

In der von Prof. L.____, Dr. med. M.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, medizinischer Leiter Zentrum für Begutachtungen, RKB und lic. phil. N.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, unterzeichneten interdisziplinären Zusammenfassung (S. 17 ff.) wurde als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode genannt, die schon früh nach dem Unfall, eventuell in Verbindung mit der Rückenschmerzproblematik schon vor dem Unfall, eingesetzt habe (S. 18 Mitte). Der Beschwerdeführer leide unter einer mittelgradigen depressiven Episode, welche die kognitive Leistungsfähigkeit derzeit derartig beeinträchtige, dass die Tätigkeit als Treuhänder nur stark eingeschränkt zumutbar sei. Ein Kausalzusammenhang mit dem in Frage stehenden Unfall sei somatisch-organisch nicht wahrscheinlich, eine traumatische Hirnverletzung ebenfalls nicht (S. 18 unten).

Am 26. September 2007 nahm auf Wunsch des Beschwerdeführers Dr. K.____ zum RKB-Gutachten Stellung und bezeichnete es, aus näher dargelegten Gründen, als nicht schlüssig (Urk. 17/ZM26 = Urk. 3/17).

Am 5. Februar 2008 beantwortete Dr. G.____ ihr von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers unterbreitete Fragen (Urk. 9). Sie führte unter anderem aus, sie habe den Beschwerdeführer erstmals am 11. Juli 2005 und letztmals am 17. März 2006 gesehen und sei über den weiteren Verlauf nach der im Februar 2006 erfolgten Überweisung an Dr. K.____ nicht orientiert (S. 1 Mitte). Anlässlich der Konsultation im Februar 2006 habe sie eine depressive Symptomatik festgestellt, zu deren Schwere aus psychiatrischer Sicht Stellung genommen werden müsse (S. 2 Ziff. 3).

Am 20. Februar 2008 erstattete Prof. Dr. med. O.____, FMH Radiologie, im Auftrag des Beschwerdeführers ein neuroradiologisches Gutachten (Urk. 13). Sachverhaltsmässig ging er von einem Autounfall 1977 mit Commotio cerebri 1977 und einem Autounfall am 31. Januar 2005 mit Commotio cerebri aus (S. 1 unten). Er stützte sich auf MR-Aufnahmen vom 14. April 2005, 5. Februar und 17. Oktober 2007 sowie 1. Februar 2008, und die vorhandenen neuropsychologischen Berichte (S. 2 oben).

Unter anderem erläuterte Prof. O.____, dass mit neueren MR-Techniken Läsionen nach Schädelhirntrauma in typischen Stresszonen zwar nicht bildgebend, aber mit skalaren Indizes belegt werden könnten (S. 4 Mitte). Verletzungen mit minimal sichtbaren MR-Veränderungen und deutlicher funktioneller

Beeinträchtigung kenne man speziell nach starker Winkelbeschleunigung (abrupte starke Rotation) des Kopfes beziehungsweise des Gehirns (S. 4 unten). Bei Scherverletzungen bestehe auf den ersten Blick eine Diskrepanz zwischen einerseits im MR nur geringen Veränderungen und andererseits erheblicher funktioneller Beeinträchtigung (S. 5 unten). Auch für die gegenteilige Situation - posttraumatisch ausgeprägtere umschriebene Defekte und Narben unter anderem mit altem Blut, jedoch klinisch-neurologisch nur moderate oder eventuell keine auffälligen Beeinträchtigungen - nannte er Anwendungsfälle (S. 5 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend führte Prof. O. ___ unter anderem aus, die MR-Befunde zeigten eindeutig alte Blutreste im Hirngewebe, deren Verteilung widerspruchsfrei typisch für einen Zustand nach Schädelhirntrauma sei. Damit stehe ausser Zweifel, dass ein struktureller Schaden des Hirngewebes nach Trauma entstanden sei (S. 6 Ziff. 1). Bestimmte - einzeln genannte - alte Blutreste könnten bei einem Akzelerations-/Dezelerationstrauma vermutlich mit rechtsseitigem Aufprall des Schädels entstanden sein (S. 6 Ziff. 2). Es fanden sich bei den Blutungsresiduen auch Lokalisationen, die ausgesprochen typisch für eine diffuse axonale Verletzung (synonym: shearing injury) seien; somit sei das Gehirn auch einer erheblichen Winkelbeschleunigungskomponente ausgesetzt gewesen (S. 6 Ziff. 3). Das neuroradiologische Bild könne die festgestellten kognitiven Defizite gut erklären (S. 6 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von der Phänomenologie des alten Bluts im MR sei nicht entscheidbar, ob dies dem Unfall von 1977 oder demjenigen von 2005 zuzuordnen sei (S. 7 Ziff. 6). Sollten die nach dem Unfall von 2005 festgestellten kognitiven Defizite nachweislich nicht schon seit dem Unfall von 1977 bestanden haben, also kausal eindeutig dem Unfall von 2005 zugeordnet werden können, stünde dies nicht im Widerspruch zu den MR-Befunden (S. 7 Ziff. 7). Daraus, dass sich gegenüber dem ersten, 73 Tage nach dem Unfall erstellten MR im späteren Verlauf keine zusätzlichen weiteren Veränderungen ergeben hätten, lasse sich nicht ableiten, dass alle Veränderungen wesentlich älter sein müssten (S. 7 Ziff. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Literatur sei es nicht ungewöhnlich, dass derartige Hämosiderinablagerungen über einen Zeitraum von 28 Jahren nachweisbar blieben. Inwieweit sie zu kognitiven Beeinträchtigungen führten, hänge davon ab, welche Strukturen lädiert seien. Es sei durchaus möglich, dass sich deutlich sichtbare Hämosiderinreste finden liessen, ohne dass ein auffälliges klinisches Defizit entstanden sei (S. 7 f. Ziff. 1). Da man aufgrund der neurologisch-neuropsychologischen Befunde und des Lebensverlaufs bis zum zweiten Unfall annehmen dürfte, dass das kognitive Defizit erst nach dem Unfall vom 31. Januar 2005 aufgetreten sei, müsse man annehmen, dass sich der Beschwerdeführer die Läsionen, die von nachweisbaren Hämosiderinresten in bestimmten Regionen begleitet seien, beim Unfall vom 31. Januar 2005 zugezogen habe. Nicht bewiesen, aber gut möglich sei, dass vom Unfall von 1977 Hämosiderinablagerungen an anderen Stellen verblieben seien, die zu keinen auffälligen Defiziten geführt hätten (S. 8 Ziff. 2).

3.9 Ä Ä Ä Ferner existieren Berichte des Schadeninspektors der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2005 (Urk. 17/Z7 = Urk. 3/5) und vom 15. Juli 2005 (Urk. 17/Z36 = Urk. 3/6), weitere Berichte von Dr. D. ___ vom 6. Juni 2005 (Urk. 17/ZM8 = Urk. 3/12), 12. Oktober 2005 (Urk. 3/13), 9. März 2006 (Urk. 3/14) und 10. Januar 2008 (Urk. 3/15) und

von Dr. C. ___ vom 14. Januar 2008 (Urk. 3/18), sowie die Bestätigung eines Garagisten vom 14. Januar 2008 (Urk. 3/19).

E. 4

4.1 Aus den vorhandenen medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall vom 31. Januar 2005 - nebst der schon bestehenden, eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % begründenden Rückenproblematik - Beschwerden am Hinterhaupt und der HWS hatte. Im Juli 2005 ergab eine neuropsychologische Abklärung kognitive Defizite. Im Februar 2006 wurde aus neurologischer Sicht bezüglich der kognitiven Defizite eine deutliche Besserung festgehalten, jedoch auf eine sich verstärkende depressive Symptomatik hingewiesen, von der im März 2006 berichtet wurde, sie habe sich - im Sinne eines Erschöpfungssyndroms - weiter verschlechtert. Der in der Folge konsultierte Psychiater diagnostizierte sodann im April 2006 eine leichte depressive Episode. Im Rahmen der RKB-Begutachtung wurden im Mai 2007 eine mittelgradige depressive Episode sowie kognitive Defizite diagnostiziert. Von Seiten der HWS war der Beschwerdeführer hingegen beschwerdefrei.

4.2 Zu beurteilen ist mithin der rechtsgenau Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 31. Januar 2005 und den im April 2007 ärztlich festgestellten Beeinträchtigungen (Depression, kognitive Defizite).

Gemäss der Beurteilung im RKB-Gutachten bestand das eigentliche Leiden in einer mittelgradigen depressiven Episode, welche ihrerseits die kognitive Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigte (vorstehend Erw. 3.6).

Dem steht die Beurteilung durch Prof. O. ___ entgegen, welcher die kognitiven Defizite als Folge von strukturellen Läsionen im Rahmen des Unfalls vom 31. Januar 2005 beurteilte (vorstehend Erw. 3.8).

4.3 Ausgangspunkt der Darlegungen von Prof. O. ___ war die Feststellung, dass die von ihm beurteilten MR-Aufnahmen Hämosiderinablagerungen, mithin Reste von altem Blut, im Gehirn zeigten. Derartige Ablagerungen, so Prof. O. ___, stammten von Verletzungen des Gehirns, wie sie bei einem Schädelhirntrauma, bei Kopfanprall und insbesondere durch sogenannte Scherverletzungen entstehen. Da sich beim Beschwerdeführer solche Ablagerungen fanden, müsse er eine entsprechende Verletzung erlitten haben. Ob dies bei einem 1977 stattgefundenen Unfall oder beim Unfall von 2005 erfolgt sei, sei nicht entscheidbar. Hingegen könnten die genannten MR-Befunde die aktuellen kognitiven Defizite gut erklären.

Der daran anschliessende Gedankengang von Prof. O. ___ setzte, wenn auch unausgesprochen, die Annahme voraus, die aktuellen kognitiven Defizite seien durch eine strukturelle Läsion verursacht. Daraus, dass sie nicht schon nach dem Unfall von 1997, sondern erst nach jenem von 2005 aufgetreten waren, schloss Prof. O. ___, beim Unfall von 2005 sei es zu Verletzungen gekommen, welche in der Folge zu den aktuellen kognitiven Defiziten geführt hätten.

Damit, dass Prof. O. ___ als Ursache für die kognitiven Defizite einzig und allein strukturelle Läsionen in Betracht zog, stand faktisch auch bereits das Ergebnis seines Gedankengangs fest, nämlich dass die kognitiven Defizite die Folge des einen oder des anderen (und welchen) Unfalls seien.

Die Argumentation basiert aber nicht nur auf einer zu eng gefassten zirkulären Logik, sie steht auch zu Angaben im allgemeinen Teil des Gutachtens im Widerspruch. So wies Prof. O. ___ ausdrücklich darauf hin, dass es auch möglich ist, dass neurologisch-klinisch kaum Beeinträchtigungen zu erheben sind, obwohl im MR Ablagerungen sichtbar sind. Es besteht also keine zwingende Kausalbeziehung zwischen Ablagerungen und kognitiven Defiziten. Es kann sein, dass Hirnverletzungen zu Ablagerungen geführt haben, ohne kognitive Defizite zu verursachen. Diese im theoretischen Teil korrekt angeführte Konstellation wurde vom Gutachter fallbezogen völlig ausgeblendet.

Ein weiterer, entscheidender Mangel besteht darin, dass Prof. O. ___ gemäss eigenen Angaben aktenmässig nur rudimentär dokumentiert war. Dies hat dazu geführt, dass er von völlig unzutreffenden anamnestischen Annahmen ausgegangen ist. Es ist aktenmässig belegt, dass der Beschwerdeführer beim Unfall von 2005 gerade keine Commotio cerebri, kein Schädelhirntrauma und insbesondere keinen Kopfanprall erlitten hat; auch für die bei Scherverletzungen ursächlich vorausgesetzte abrupte starke Rotation des Kopfes bestehen nicht die geringsten Anhaltspunkte. Im Zusammenhang mit dem Unfall vom 31. Januar 2005 ist es also gerade nicht zu einer der Verletzungen gekommen, die gemäss Prof. O. ___ geeignet sind, die MR-Befunde nach sich zu ziehen, aus denen er seine Schlüsse gezogen hat.

Aus all diesen Gründen vermag die Beurteilung durch Prof. O. ___ nicht zu überzeugen. Es ist mithin nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die im strittigen Zeitpunkt noch vorhandenen kognitiven Defizite durch eine beim Unfall vom 31. Januar 2005 erfolgt strukturelle Läsion verursacht wurden.

Vielmehr ist der überzeugenden Beurteilung im RKB-Gutachten zu folgen. Demnach leidet der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode, also einer psychischen Beeinträchtigung, welche sich zusätzlich auf seine kognitive Leistungsfähigkeit auswirkt.

4.4 Nach dem Gesagten ist auch offenkundig, dass die Frage der Adäquanz gemäss der Praxis von BGE 115 V 133 zu prüfen ist.

Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal, also insbesondere solche, bei denen eines der beteiligten Fahrzeuge still steht, werden in konstanter Praxis als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft (RKUV 2003 U 489 357 Erw. 4.2, S. 360), mitunter gar, insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10km/h), als leicht (vgl. Urteil vom 7. August 2001 i.S. B., U 33/01, Erw. 3a). In den erstgenannten Fällen müssen die massgebenden Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne Rückgriff auf die Kriterien zu verneinen.

4.5 Der Unfall vom 31. Januar 2005 (stehendes Fahrzeug des Beschwerdeführers, ausgesprochen niedriges Delta-v) kann höchstens als mittlerer Unfall an der Grenze zu einem leichten eingestuft werden.

Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls gibt es nicht. Ebenso fehlt es an der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Die Ärztliche Behandlung der somatischen Unfallfolgen dauerte gut ein Jahr; im Februar 2006 traten die psychischen Beschwerden, deren Adäquanz hier gerade zu beurteilen ist, auf, so dass keine ungewöhnlich lange Dauer der Ärztlichen Behandlung vorliegt.

Von körperlichen Dauerschmerzen kann nicht gesprochen werden, ebenso wenig von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, oder von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen.

Schliesslich ist auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, indem rund ein Jahr nach dem Unfall eine allfällige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr als physisch bedingt, sondern als Ausdruck der sich akzentuierenden psychischen Problematik zu beurteilen ist.

4.6 Somit steht fest, dass keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist. Damit fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 31. Januar 2005 einerseits und den im strittigen Zeitpunkt vorhandenen psychischen Beeinträchtigungen einschliesslich deren Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit andererseits.

Dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ab 1. Mai 2007 verneint hat, erweist sich somit als rechtens, womit ihr Einsprachentscheid zu bestmöglichen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Barbara Schnitter Weber

- Rechtsanwalt Adelrich Friedli unter Beilage der Doppel von Urk. 31 und Urk. 32

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines

Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄnden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.