

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00099 vom 27. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00099](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00099)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00099 du 27 novembre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00099 del 27 novembre 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffs Umschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.3 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).

1.4 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.5 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

1.6 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.6 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 Eindringlichkeit 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 z.B. 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).

1.7 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.8 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 SUVA begründete ihren Einspracheentscheid vom 27. Februar 2008 (Urk. 2) - unter Hinweis insbesondere auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts T. vom 2. Juli 2007 (Urk. 13/98) - im Wesentlichen damit, dass, während die umfangreichen medizinischen Abklärungen keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen ergeben hätten (vgl. Urk. 2 S. 3), eine - gänzlich im Vordergrund stehende - psychische Symptomatik festgestellt worden sei (vgl. Urk. 2 S. 3, Urk. 12 S. 3 f.). Die über den 31. August 2007 hinaus geklagten Beschwerden liessen sich mit den erhobenen somatischen und neuropsychologischen Befunden nicht erklären und seien vielmehr Ausdruck einer hochgradigen, an Aggravation grenzenden Symptomausweitung (vgl. Urk. 2 S. 4). Da die persistierenden Gesundheitsstörungen in keinem - gestützt auf die in BGE 115 V 133 begründete Rechtsprechung zu prägenden (vgl. Urk. 2 S. 5, Urk. 12 S. 5) - adäquaten Kausalzusammenhang zum als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend zu taxierenden Ereignis vom 17. Juni 2004 ständen, sei die Leistungseinstellung zu Recht erfolgt (vgl. Urk. 2 S. 5).

f.).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, der Expertise des Begutachtungsinstituts T.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2007 (Urk. 13/98) komme - aus formellen wie auch aus materiellen Gründen - keine Beweiskraft zu. Die weitere Leistungspflicht der SUVA lasse sich an sich nur gestützt auf ein - neu einzuholendes - polydisziplinäres Gutachten zuverlässig beurteilen (vgl. Urk. 1 S. 5-12). Ohnedies sei die als mittelschwer, im Übergang zu den schweren Geschehnissen anzueselnde Kollision vom 17. Juni 2004 angesichts der Erfüllung mindestens fünf der nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 zu prüfenden unfallbezogenen Kriterien durchaus adäquat kausal für die persistierenden und in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 1 S. 12 ff., Urk. 14, Urk. 20). Insofern habe die SUVA - bis der medizinische Endzustand erreicht sei - weiterhin Taggelder und Heilbehandlungsleistungen auszurichten und alsdann seinen Anspruch auf eine Rente sowie eine Integrationsentschädigung zu prüfen (vgl. Urk. 1 S. 16).

### E. 3

3.1. Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

3.1.1. Nach dem Unfall vom 17. Juni 2004 wurde der Beschwerdeführer mit der Sanität ins Spital W.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik, eingeliefert und dort ambulant behandelt. In ihrem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 13/4 = Urk. 13/25) diagnostizierten die Ärzte eine HWS-Distorsion und hielten fest, der Patient habe über Kopf-, HWS- und lumbale Rückenschmerzen geklagt; infolge der Kollision seien weder eine Bewusstlosigkeit noch Schwindel, Erbrechen oder Übelkeit aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei mit ausreichender Analgesie nach Hause entlassen worden; bis 21. Juni 2004 sei ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden.

3.1.2. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte am 5. Juli 2004 ein HWS-Distorsionstrauma und berichtete, es beständen weiterhin Zervikalgien und eine Zephalgie. Es erfolge eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung; die Konsultationen würden in zwei- bis dreiwöchigen Abständen statt. Bis auf Weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei mit einem bleibenden Nachteil in Form rezidivierender Zervikalgien zu rechnen (vgl. Urk. 13/7).

3.1.3. Am 7. September 2004 bezeichnete Dr. Y.\_\_\_\_ die Zervikalgien und die Zephalgie als weitgehend therapieresistent. Es würden weiterhin medikamentöse und physikalische Massnahmen durchgeführt. Auf den Heilungsverlauf wirkten sich keine unfallfremden Faktoren aus (vgl. Urk. 13/17).

3.1.4. Vom 6. bis 24. September 2004 wurde der Beschwerdeführer stationär im Spital W.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, behandelt. In ihrem Austrittsbericht vom 27. Oktober 2004 (Urk. 13/28) stellten die Ärzte nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 13/28 S. 1):

- Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, linksbetont
- HWS-Distorsionstrauma am 17. Juni 2004
- kleine mediane Diskushernie C5/C6 (MRI vom 7. September 2004)

Â Â Â Â Â Â Â Â Zweck des Klinikaufenthalts sei eine stationäre multimodale und konservative Schmerztherapie gewesen (vgl. Urk. 13/28 S. 2). Die Eintrittsuntersuchung des Patienten, der über durch die Nackenschmerzen bedingte Schlafstörungen, öfters auftretenden Schwindel, chronische, vor allem seit dem Unfall bestehende Kopfschmerzen sowie gelegentliche (Druck-)Schmerzen über dem Sternum bei tiefem Einatmen klage (vgl. Urk. 13/28 S. 1), habe eine Schonhaltung sowie eine fast immobilisierende Einschränkung der Beweglichkeit der HWS mit Muskelhartspann der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur bei aktivem Gegenspannen ergeben. Seit dem Unfall sei es eher zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen (vgl. Urk. 13/28 S. 2, S. 3). Während die MR-Untersuchung vom 7. September 2004 keine traumatisch bedingte Läsion ergeben habe, habe sie eine - nichtkompressive - kleine mediane Diskushernie C5/6 gezeigt. Im Rahmen der Hospitalisation habe ein Beschwerdefrückgang sowie eine Verbesserung der Kopfbeweglichkeit erreicht werden können. Der Patient habe stets aktiv an den Therapien partizipiert, keine übermässige Aggravation gezeigt und Ideen betreffend seinen weiteren beruflichen und privaten Werdegang entwickelt (vgl. Urk. 13/28 S. 3).

Â Â Â Â Â Â Â Â Es sei die Weiterführung der intensiven ambulanten Therapien indiziert. Die Wiederintegration in den Arbeitsprozess erscheine als möglich, wobei die diesbezügliche Situation aufgrund der bestehenden Arbeitslosigkeit erschwert sei (vgl. Urk. 13/28 S. 3). Bis 3. Oktober 2004 bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; danach könne eine stufenweise Reintegration in die berufliche Tätigkeit erfolgen (vgl. Urk. 13/28 S. 1).

3.5 Â Â Â Â Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, stellte am 26. Oktober 2004 die Diagnose eines posttraumatischen und zervikozephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 17. Juni 2004 (vgl. Urk. 13/24). Während die ambulante Physiotherapie gänzlich erfolglos geblieben sei (vgl. Urk. 13/24 S. 1), habe im Rahmen der stationären Behandlung im Spital W.\_\_\_\_ vom 7. bis 24. September 2004 eine lediglich mässige Besserung erreicht werden können (vgl. Urk. 13/24 S. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Der Patient berichte über täglich auftretende, bei körperlicher Belastung zunehmende und dann vermehrt ausstrahlende und schliesslich von Schwankschwindel begleitete Nacken- und Kopfschmerzen, Müdigkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Die Untersuchung habe eine insgesamt etwa um 50 % eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur ergeben. Neurologische Ausfälle hätten sich keine feststellen lassen (vgl. Urk. 13/24 S. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Das am 17. Juni 2004 erlittene Überdehnungstrauma der HWS sei angesichts des geschilderten Unfallhergangs wohl mit schräger Zugrichtung erfolgt, weshalb die Heilung voraussichtlich protrahiert verlaufen werde (vgl. Urk. 13/24 S. 2). In Anbetracht der angegebenen Beeinträchtigung von Konzentration und Gedächtnis könne eine minimale Hirnschädigung vorerst nicht ausgeschlossen werden. Es sei die Weiterführung der physikalischen Behandlung, allenfalls ergänzt mit warmen Bädern, angezeigt. Der Patient, der nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei, bemühe sich sehr um eine berufliche Wiedereingliederung und möchte sich auf den Beruf des Fahrlehrers vorbereiten, was auch aus medizinischer Sicht zu unterstützen sei (vgl. Urk. 13/24 S. 3).

3.6. Nachdem sich der Beschwerdeführer vom 24. Januar bis 21. Februar 2005 stationär in der Rehaklinik V. \_\_\_ hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 13. März 2005 (Urk. 13/41) folgende Diagnose (vgl. Urk. 13/41 S. 1):

- Zustand nach HWS-Distorsionsstrauma am 17. Juli [richtig: Juni] 2004 mit chronischem zervikospondyloem und panvertebralem Schmerzsyndrom sowie unspezifischem Schwindel

Der Patient habe angegeben, seit dem im Sommer des Vorjahrs erlittenen Auffahrunfall unter konstant vorhandenen Schmerzen im Bereich des Nackens, beider Schultern mit Ausstrahlung in den Okzipitalbereich und beider oberer Extremitäten sowie unter Dauerschwindel zu leiden (vgl. Urk. 13/41 S. 1).

Die extremen Dauerschmerzen (VAS 7-8/10) ohne nennenswertes Ansprechen auf therapeutische Massnahmen und die normale Alltagsfunktionalität wiesen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung mit zunehmender Schmerzverselbständigung hin. Während des Rehabilitationsaufenthalts habe wohl eine verbesserte HWS-Beweglichkeit, aber keine wesentliche Schmerzreduktion erzielt werden können (vgl. Urk. 13/41 S. 2).

Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung hätten sich eine deutlich reduzierte Konzentrationsfähigkeit sowie eine schwankende und insgesamt verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit gezeigt. Im Sinne einer erhöhten Ermüdbarkeit sei auch die Daueraufmerksamkeit beeinträchtigt. Die Schwierigkeiten betreffend die Konzentrationsfähigkeit würden verstärkt durch die Einnahme einer nicht unerheblichen Menge Tramal; eine Reduktion der entsprechenden Medikation habe bis Klinikaustritt bedauerlicherweise nicht erreicht werden können (vgl. Urk. 13/41 S. 2).

Es sei ein Ausweitungs- und Chronifizierungsprozess im Gange, den der willige und kooperative Patient selbst kaum aufzuhalten in der Lage sei. Es sei daher eine psychotherapeutische Begleitung indiziert. Angesichts der aktuell reduzierten Konzentrationsfähigkeit sei der Beschwerdeführer derzeit als Lastwagenfahrer nicht arbeitsfähig; in diesem Zusammenhang sei eine Reduktion des Medikamentenkonsums dringend angezeigt. Dem Patienten seien eine Berufsberatung durch die Invalidenversicherung (IV) sowie die Einnahme eines schmerzdistanzierenden Antidepressivums empfohlen worden (vgl. Urk. 13/41 S. 2).

In Anbetracht des chronifizierten Beschwerdebilds ohne wesentliches Ansprechen auf ambulante und stationäre Therapiemassnahmen sei - unter Vorbehalt einer anderslautenden psychiatrischen Beurteilung - der Fallabschluss zu erwägen. Eine ambulante Physiotherapie erscheine nicht mehr als sinnvoll; dagegen solle der Patient das erlernte Heimprogramm mit Einbezug des im Fitnesscenter zu absolvierenden Trainings weiterführen. Zu einem späteren Zeitpunkt könne der Beschwerdeführer seine angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer wohl durchaus wieder ausüben (vgl. Urk. 13/41 S. 3).

3.7. Dr. Y. \_\_\_ gab am 3. März 2005 an, der Beschwerdeführer werde weiterhin physiotherapeutisch und medikamentös sowie neu auch psychiatrisch behandelt (vgl. Urk. 13/37).

3.8. Am 23. August 2005 stellte Dr. Y.\_\_\_\_ nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 13/54):

- Chronisches zervikospondylogenes Syndrom bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma
- Reaktive Depression

Bis anhin habe sich ein weitgehend therapieresistenter Verlauf mit minimaler Beschwerdebesserung gezeigt. Das Flossenschwimmen bringe zwar eine Rekonditionierung, jedoch keine Verbesserung der Zervikalgien. Diese Behandlungsmassnahme sowie die Psychotherapie seien insofern angebracht, als sie wenigstens der Erhaltung des status quo dienen. Weitere Behandlungen oder medizinische Abklärungen seien nicht indiziert. Wie lange die Therapien noch fortgeführt werden müssten, sei nicht voraussagbar (vgl. Urk. 13/54, Urk. 13/53).

Der Patient sei in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Wiedereingliederung in diesen Beruf sei unrealistisch; da der Patient weder psychisch noch somatisch belastbar sei, sei ein Arbeitsversuch - auch in einer anderen Tätigkeit - nicht möglich. Auch hinsichtlich aller schweren Hausarbeiten bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Prognose sei ungünstig (vgl. Urk. 13/54, Urk. 13/53).

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die ab 19. Mai 2005 - zuerst in ein- und dann in zweiwöchigen Abstünden - eine körperorientierte Psychotherapie in Kombination mit einer medikamentösen (antidepressiven) Behandlung durchführte (vgl. Urk. 13/57 S. 2), stellte am 23. Oktober 2005 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 13/57 S. 1):

- Reaktive, derzeit mittelgradige, depressive Episode (ICD-10 F32.1) infolge eines HWS-Distorsionstraumas am 17. Juni 2004
- Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, linksbetont, HWS-Distorsionstrauma am 17. Juni 2003 [richtig: 2004], kleine mediane Diskushernie

Als Lastwagenfahrer sei der Patient derzeit und auch langfristig zu 100 % arbeitsunfähig. Ein Arbeitsversuch erscheine in der aktuellen Situation nicht als sinnvoll. Der Beschwerdeführer habe - im Hinblick auf die angestrebte Tätigkeit als Fahrlehrer und die dafür erforderliche Prüfung - einen intensiven Deutschkurs begonnen. Falls er die Prüfung bestehen und sich selbständig machen könne, bedeutete dies eine Erhöhung und Stabilisierung seines Selbstwertgefühls. Von Vorteil wäre zudem, dass die fragliche Tätigkeit eine das jeweilige gesundheitliche Befinden berücksichtigende Einteilung der Arbeitszeit zuliesse. Die Prognose sei angesichts der Motivation des Beschwerdeführers, die Schule zu besuchen und sich auf die Fahrlehrerprüfung vorzubereiten, gut (vgl. Urk. 13/57 S. 2).

Gestützt auf die Ergebnisse der im April und Mai 2005 durchgeführten psychosomatischen und testpsychologischen Abklärungen, die medizinischen Vorakten sowie die telefonischen Auskünfte einerseits von Dr. Y.\_\_\_\_ und andererseits der Case Managerin (vgl. Urk. 13/59 S. 1) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Arbeitsmedizin und Psychosomatik, diplomierte Berufsberaterin, Psychotherapeutin SPV, in ihrem Gutachten vom 5. August 2005 (Urk. 13/59) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 13/59

S. 6):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. Juli [richtig: Juni] 2004 mit/bei
- chronischem zervikogenem und panvertebralem Schmerzsyndrom
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei
- Tendenz zu Symptomausweitung
- psychosozialer Belastungssituation (Arbeitslosigkeit, hohe finanzielle Verpflichtungen)

Der Explorand, der über seit der Auffahrkollision persistierende Schmerzen im ganzen Oberkörper, im Rücken und von Ohr zu Ohr sowie vegetative Beeinträchtigungen (Schwindel usw.), rasche Ermüdung und verminderte Belastbarkeit klagt, sei nicht in der Lage, seine Beschwerden, die sich im Laufe der Zeit nicht gebessert, sondern chronifiziert und gar ausgeweitet hätten, genau zu beschreiben beziehungsweise präzise zu lokalisieren. Es müsse daher von mehrheitlich unspezifischen körperlichen Beschwerden im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung mit - angesichts der geschilderten neu aufgetretenen Gesundheitsstörungen (beispielsweise Gefäßstörung im linken Bein) - zusätzlicher Ausweitung der Symptome ausgegangen werden (vgl. Urk. 13/59 S. 6).

Im Anschluss an das HWS-Distorsionstrauma sei es zu einem verzögerten Heilungsverlauf mit Symptom- und Schmerzausweitung sowie zunehmender Chronifizierung gekommen. Während aus somatischer Sicht keine gravierenden objektivierbaren Befunde erhoben werden konnten, beständen psychosoziale Stressfaktoren in Form beispielsweise der Arbeitslosigkeit und der dadurch bedingten finanziellen und existenziellen Sorgen, die den fortschreitenden Chronifizierungsprozess zu erklären vermöchten. Eine Besserung sei nur möglich, wenn der Beschwerdeführer das Schonverhalten aufgebe und durch geeignete Übungen (medizinische Trainingstherapie [MTT], kognitives Training, Wiederaufbau einer Tagesstruktur durch Mithilfe im Haushalt, Wiederübernahme von Verantwortung bei alltäglichen Verrichtungen in Haushalt und Familie, Arbeitstraining, Einsatzprogramm usw.) seine kognitive und körperliche Belastbarkeit wieder aufbaue. Es sei daher von erheblicher Bedeutung, dass beim noch jungen Beschwerdeführer alles daran gesetzt werde, den Chronifizierungsprozess aufzuhalten und eine Reintegration in ein normales berufliches und soziales Leben zu erreichen (vgl. Urk. 13/59 S. 8).

Eine mittelschwere Tätigkeit, die kein Heben oder Tragen von Lasten über 15 kg erfordere, sei dem Exploranden in Anbetracht dessen gut ausgebauter Muskulatur in einem Pensum von 60 % durchaus wieder zumutbar. Einschränkung auf die Leistungsfähigkeit wirkten sich derzeit noch die verminderte körperliche (Ausdauer, Dekonditionierung) und kognitive (Konzentration) Belastbarkeit, die Folge der eingetretenen Chronifizierung seien, aus. Die aktuell bestehende Arbeitsfähigkeit lasse sich - unabhängig von der gewünschten Tätigkeit - durch eine Belastungssteigerung erhöhen. Anzumerken sei, dass die Arbeit als LKW-Chauffeur dem Beschwerdeführer im gleichen Ausmass zumutbar sei wie das private Autofahren, betreffend das ihm die Bewilligung nicht entzogen worden sei (vgl. Urk. 13/59 S. 9).

3.11 Dr. Y. gab am 17. Dezember 2005 an, seit der letzten Berichterstattung habe sich keine wesentliche Besserung eingestellt, im Gegenteil sei es am 10. November 2005 noch zu einer Exazerbation der Zervikalgien gekommen. Die Frequenz der Therapie sei

adäquat und deren Qualität gut. Ein gezieltes Muskelaufbautraining erscheine angesichts der Tatsache, dass der Patient einerseits bereits über eine gut ausgebaute Muskulatur verfüge und andererseits über Muskelverspannungen klage, nicht als sinnvoll. Auch erbrügten sich Massnahmen zum Wiederaufbau einer Tagesstruktur, bestehe doch aufgrund des Besuchs des Deutschkurses bereits eine solche. Für weitere medizinische Abklärungen bestehe kein Anlass (vgl. Urk. 13/62 S. 2 und S. 4).

Als Chauffeur sei der Patient bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig; eine Wiedereingliederung in diesen Beruf erscheine nicht als realistisch, bestehe doch sowohl aus somatischer wie auch aus psychischer und kognitiver Sicht lediglich eine begrenzte Belastbarkeit (maximale Belastungsdauer von zwei Stunden). In beschränktem Ausmass und unter Einschaltung von Ruhephasen sei ein Arbeitseinsatz allerdings möglich. Auch im Haushaltsbereich bestehe eine Einschränkung; so seien dem Beschwerdeführer schwere Haushaltsarbeiten (schwere Putzarbeiten, Tragen schwerer Gegenstände) unzumutbar. Die Prognose sei aufgrund des langwierigen Verlaufs mit bisheriger Therapieresistenz eher ungünstig (vgl. Urk. 13/62 S. 2 und S. 4).

3.12 Dr. A. berichtete am 19. Februar 2006, der Patient habe den Deutschkurs zwischenzeitlich erfolgreich abgeschlossen. Als Dr. Y. Bedenken betreffend die anschliessend geplante Vorbereitung auf die Fahrlehrerprüfung geussert habe, habe der Beschwerdeführer mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit reagiert (vgl. Urk. 13/65 S. 2).

Seit November 2005 sei es zu einer Verschlechterung des körperlichen Zustands gekommen. Eine Spritzentherapie habe dann wieder eine Besserung gebracht. Der Patient habe, nachdem er Informationen über eine Ausbildung als Wärter erhalten habe, wieder Mut und Zuversicht geschöpft, in der Folge, als er erfahren habe, dass das entsprechende Ausbildungsprogramm auch eine Kampfprüfung umfasse, aber wieder dekompenziert (vgl. Urk. 13/65 S. 2). Angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer generell als arbeitswillig und tüchtig erscheine, sei von einer günstigen Prognose auszugehen. Sinnvoll erscheine eine Berufsberatung und eine Rehabilitation in einem adäquaten Arbeitsbereich (vgl. Urk. 13/65 S. 3).

3.13 Vom 3. April bis zum vorzeitigen Abbruch der Massnahme am 12. Mai 2006 (statt am 30. Juni 2006) wurde der Beschwerdeführer in der Klinik U. abgeklärt. In der Folge stellten die Ärzte in ihrem Bericht vom 22. Mai 2006 (Urk. 13/72) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 13/72 S. 3):

- Kraniozervikales Beschleunigungstrauma am 17. Juni 2004
- chronisches zervikovertebrales und panvertebrales Schmerzsyndrom
- Konsekutive somatoforme Schmerzstörung

Es beständen nachstehende Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (vgl. Urk. 13/72 S. 3):

- Schmerzen nuchal und okzipital, zeitweise Schulterschmerzen
- Reduzierte körperliche, mentale und psychische Belastbarkeit
- Schwindel, Ohrendruck
- Erhöhte Lärmempfindlichkeit

- Depressive Symptomatik

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation am Sozialleben wirkten sich die Gesundheitsstörungen wie folgt aus (vgl. Urk. 13/72 S. 3):

- Mobilität: Autofahren derzeit bis zu einer Dauer von zirka einer Stunde möglich

- Bedeutende Lebensbereiche: die im Rahmen der Abklärung in der Klinik U.\_\_\_\_ erfolgten Arbeitseinsätze von jeweils vier Stunden habe der Beschwerdeführer als streng erlebt; dennoch habe er die dreimonatige Abklärung durchhalten wollen

- Gemeinschaft und soziales Leben: Klare Einbussen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Einschätzung der Gutachterin Dr. B.\_\_\_\_ könne an sich beigepflichtet werden, betreffend deren Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei allerdings anzumerken, dass diese aufgrund des Umstands, dass sich der Patient noch nicht von seinen Berufswünschen (Fahrlehrer, Wächter bei der D.\_\_\_\_) habe lösen können, theoretischer Natur sei (vgl. Urk. 13/72 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der schlechten, im Laufe der Abklärung eher noch sinkenden, die Leistungsfähigkeit massiv einschränkenden Belastbarkeit sei der vorzeitige Abschluss der Massnahme per 12. Mai 2006 beschlossen worden. Der Beschwerdeführer habe sich oft sehr schlecht gefühlt und - in Form von Schwitzen und einer Zittrigkeit - eine vegetative Dysregulation gezeigt, während der kurzen Arbeitsphasen aber gute Arbeit geleistet. Dr. Y.\_\_\_\_ habe angegeben, während der Abklärung häufiger vom Patienten, der offensichtlich an der Belastungsgrenze gestanden beziehungsweise diese überschritten habe, konsultiert worden zu sein. Dabei hätten weichteilrheumatische Beschwerden, insbesondere mit Muskelverspannungen im Nacken/Schultergürtel, die ihrerseits - sich negativ auf die Konzentrationsfähigkeit auswirkende - Spannungskopfschmerzen ausgelöst hätten, im Vordergrund gestanden. Zur Linderung seien lokale Infiltrationen durchgeführt worden; eine Reduktion des hohen Analgetikakonsums sei unter diesen Umständen nicht realistisch gewesen (vgl. Urk. 13/72 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigten Leistungen sei derzeit nicht an die Aufnahme einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu denken. Langfristig sei indes zu beachten, dass der Beschwerdeführer über auf dem Arbeitsmarkt durchaus nützliche Fähigkeiten respektive Ressourcen verfüge. Zu bedenken sei auch, dass positive Erfahrungen beziehungsweise Erfolgserlebnisse für den Aufbau des schwer angeschlagenen Selbstvertrauens, der Belastbarkeit und damit auch der Lebensqualität von essenzieller Bedeutung seien. Negative Auswirkungen auf die Befindlichkeit hätten aktuell die offenen versicherungstechnischen Fragen (vgl. Urk. 13/71 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei von einer erneuten stationären Rehabilitation abzuraten. Dem Beschwerdeführer sei nahegelegt worden, sich eine Tagesstruktur zu erarbeiten und die Belastung zu steigern. Nebst der Weiterführung der Physio- und Psychotherapie könnten allenfalls ein leichtes Fitnesstraining sowie Angebote aus dem paramedizinischen Bereich der Verbesserung des Wohlbefindens dienen, wobei eine Reduktion des hohen Analgetikakonsums anzustreben sei. Sinnvoll erschienen Tätigkeiten, die viel Wechselbelastung mit sich bräuchten. Idealerweise werde dem Beschwerdeführer die Möglichkeit geschaffen, im Sinne eines

Arbeitsversuchs einem handwerklich tÄrtigen Kollegen stundenweise zu helfen, was sich auch insofern positiv auswirkte, als Ersterer damit seine sozialen Beziehungen erweitern kÄnnnte (vgl. Urk. 13/72 S. 5).

3.14Ä Ä Nachdem sie den BeschwerdefÄhrer am 18., 24. und 25. Januar 2007 internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht hatten (vgl. Urk. 13/98 S. 2), stellten die ÄÄrzte des Begutachtungsinstituts T.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 2. Juli 2007 (Urk. 13/98) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit (vgl. Urk. 13/98 S. 22):

- Chronisches zervikovertebrales bis zervikozepales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M53.0) bei/mit
- Status nach HWS-Distorsion am 17. Juni 2004
- kleiner medianer bis mediolateraler Diskushernie rechts bei degenerativen BandscheibenverÄnderungen, ohne Einengung des Spinalkanals, ohne Nervenwurzelkompression (MRI vom 7. September 2004)
- pseudoradikulÄrer Schmerzausstrahlung ohne sensomotorisches radikulÄres Reiz- oder Ausfallsyndrom
- WirbelsÄulenfehlhaltung und muskulÄrer Dysbalance

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keinen Einfluss auf die LeistungsfÄhigkeit hÄtten folgende Diagnosen (vgl. Urk. 13/98 S. 22):

- Anhaltende somatoforme SchmerzstÄörung (ICD-10 F45.4)
- Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die geklagten Beschwerden liessen sich - zumindest in ihrer AusprÄgung - mit dem Unfall allein nicht erklÄren und seien wohl im Rahmen einer SchmerzverarbeitungsstÄörung bis hin zur Aggravation zu interpretieren. WÄhrend die - derzeit asymptomatische - Diskushernie C5/C6 mit Äberwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend sei, lÄssen hinsichtlich der den Bewegungsapparat betreffenden Beschwerden keine unfallfremden Ursachen vor (vgl. Urk. 13/98 S. 26). Auch die psychische Symptomatik sei wahrscheinlich unfallbedingt (vgl. Urk. 13/98 S. 28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die somatisch und neuropsychologisch fassbaren GesundheitsstÄörungen trÄten gegenÄber der psychischen Fehlverarbeitung klar in den Hintergrund. Der psychischen StÄörung komme indes kein Krankheitswert beziehungsweise keine einschrÄnkende Wirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit zu. Die AusprÄgung der Symptome und die dadurch angegebene subjektive EinschrÄnkung der LeistungsfÄhigkeit lasse sich mit den Ergebnissen der somatischen und neuropsychologischen Untersuchungen nicht begrÄnden und sei vielmehr Ausdruck einer hochgradigen Symptomausweitung an der Grenze zur Aggravation (vgl. Urk. 13/98 S. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Behandlungsmassnahmen, die noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen, kÄnnnten keine empfohlen werden. Im Vordergrund stÄnden aus therapeutischer Sicht eine interdisziplinÄre, multimodale und psychotherapeutische Intervention und die RÄckkehr zu einer normalen AlltagsaktivitÄt. Zur Vermeidung einer Beschwerdeverschlimmerung seien Massnahmen zur somatischen KrÄftung sowie eine Aktivierungstherapie indiziert (vgl. Urk. 13/98 S.

27).

Die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur erscheine derzeit aufgrund der rheumatologischen Befunde als ungeeignet. Inwieweit auch neuropsychologische Gründe gegen eine entsprechende Arbeit sprechen, könne angesichts der nicht konklusiven beziehungsweise unverwertbaren (vgl. Urk. 13/98 S. 24) diesbezüglichen Abklärungsergebnisse nicht beurteilt werden (vgl. Urk. 13/98 S. 27). In einer leichten bis gelegentlich mittelschwer belastenden Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen sei der Beschwerdeführer aktuell respektive ab Juli 2007 (vgl. Urk. 13/98 S. 30) zu 80 % arbeitsfähig. Grund für die 20%ige Einschränkung sei der vermehrte Pausenbedarf bei chronisch generalisiertem Schmerzsyndrom. Nach einer ein- bis drei- (vgl. Urk. 13/98 S. 27) beziehungsweise drei- bis sechsmonatigen Rekonditionierungsphase (vgl. Urk. 13/98 S. 30) sei - bei genügender Motivation - formal-theoretisch in einer geeigneten Tätigkeit wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 13/98 S. 27). Die psychische Störung bedinge keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (vgl. Urk. 13/98 S. 29).

3.15 In seiner Stellungnahme zum Gutachten des Begutachtungsinstituts T.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2007 (Urk. 13/98) hielt Dr. Z.\_\_\_\_ am 28. August 2007 fest, die in der Expertise gestellten neurologischen Diagnosen ständen im Wesentlichen im Einklang mit den selbst gestellten (posttraumatisches zervikales und zervikozephalales Schmerzsyndrom bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 17. Juni 2004 sowie leichtes neuropsychologisches Defizit). Die geklagten Beschwerden entsprächen den für ein HWS-Distorsionstrauma typischen Beeinträchtigungen und ständen in einem ursächlichen Zusammenhang zum fraglichen Unfall (vgl. Urk. 13/108 S. 1).

Was die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betreffe, sei diese als versicherungsfreundlich zu taxieren. Wenn die genaue Bezifferung auch nicht leicht falle, so stehe aufgrund der medizinischen Sachlage jedenfalls fest, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine deutliche, wohl mindestens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Endzustand sei erreicht (vgl. Urk. 13/108 S. 2).

3.16 Nachdem der Beschwerdeführer vom 21. Januar bis 14. Februar 2008 im Auftrag der IV-Stelle in der Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ abgeklärt worden war, gaben die zuständigen Fachpersonen im Schlussbericht vom 13. März 2008 (Urk. 13/120) an, die fragliche Massnahme sei, nachdem der Beschwerdeführer, der sehr stark mit sich und seinen Beschwerden beschäftigt gewesen sei (vgl. Urk. 13/120 S. 6), die ihm gemachten Vorgaben betreffend Arbeitstraining nicht eingehalten habe, nach rund drei Wochen vorzeitig beendet worden (vgl. Urk. 13/120 S. 5).

Aufgrund der gezeigten generellen Belastungsintoleranz und der bis anhin zunehmenden Therapieresistenz ohne Beeinflussungsmöglichkeit von Schmerzverhalten und psychovegetativer Symptomatik lasse sich eine behinderungsadaptierte berufliche Wiedereingliederung derzeit kaum erfolgreich umsetzen (vgl. Urk. 13/120 S. 9).

3.17 Dr. Y.\_\_\_\_ stellte am 5. Mai 2008 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/49 S. 2 im Prozess Nr. IV.2008.01156):

- Chronisches zervikozephalales/-spondylogenes Syndrom mit/bei

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. Juni 2004

- neuropsychologischen Defiziten

- Chronische Depression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit dem 17. Juni 2004 und bis auf Weiteres sei der Patient als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/49 S. 2 im Prozess Nr. IV.2008.01156). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm ab Mai 2008 im Umfang von zwei bis drei Stunden pro Woche wieder zumutbar (vgl. Urk. 8/49 S. 6 im Prozess Nr. IV.2008.01156). Verschiedene entsprechende Abklärungen hätten eine stark verminderte Belastbarkeit bei Arbeitseinsätzen gezeigt (vgl. Urk. 8/49 S. 3 im Prozess Nr. IV.2008.01156). Der Gesundheitszustand sei stationär; die Arbeitsfähigkeit lasse sich mittels medizinischer Massnahmen nicht verbessern. Während die Fahrtauglichkeit gegeben sei (vgl. Urk. 8/49 S. 4), seien die physischen und psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers in erheblichem Masse eingeschränkt (vgl. Urk. 8/49 S. 4 f. im Prozess Nr. IV.2008.01156). Mit der medikamentösen Behandlung, der Physio- und der Psychotherapie nehme der Patient sämtliche indizierten Behandlungsmöglichkeiten wahr (vgl. Urk. 8/49 S. 6 im Prozess Nr. IV.2008.01156).

3.18 Ä Ä Dr. A. \_\_\_ stellte am 27. Mai 2008 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/51 S. 3 im Prozess Nr. IV.2008.01156):

- Chronisches zervikovertebrales bis zervikospondylogenes/zervikozephalales Schmerzsyndrom, bestehend sei 17. Juni 2004, bei/mit

- Status nach HWS-Distorsion am 17. Juni 2004

- kleiner medianer bis mediolateral rechtsseitiger Diskushernie C5/C6 bei degenerativen Bandscheibenveränderungen, ohne Spinalkanaleinengung und ohne Nervenwurzelkompression

- Wirbelsäulenfehlhaltung

- muskulärer Dysbalance

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus folgenden, ebenfalls seit 17. Juni 2004 bestehenden Diagnosen (vgl. Urk. 8/51 S. 3 im Prozess Nr. IV.2008.01156):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4

- Leichte bis zur Zeit mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.02

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Patient klagt über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden in Form von Kopfschmerzen sowie durch Wetterwechsel akzentuierter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultergegend, geringer Belastbarkeit und rascher Überforderung, wobei sich die beiden letztgenannten Beeinträchtigungen auch in psychovegetativen Symptomen manifestierten (vgl. Urk. 8/51 S. 6 im Prozess Nr. IV.2008.01156).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Umstand, dass die Abklärung in der Abklärungsstelle S. \_\_\_ vorzeitig abgebrochen worden sei, habe den Beschwerdeführer, der der Ansicht sei, man habe ihm kaum eine Chance gegeben und keine Geduld mit ihm gehabt, schwer getroffen

und deprimiert. Er hoffe, dennoch ein Arbeitstraining absolvieren und hernach in einer geeigneten Tätigkeit wieder ein 50%-Pensum erreichen zu können (vgl. Urk. 8/51 S. 6 im Prozess Nr. IV.2008.01156).

Mit Ausnahme des Auffassungsvermögens seien sämtliche psychischen Funktionen (Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) eingeschränkt. Eine berufliche Umstellung erscheine als sinnvoll. In der angestammten Tätigkeit beziehungsweise als Schulbus- oder eventuell Kehrtriefwagenfahrer (vgl. Urk. 8/50 S. 1 im Prozess Nr. IV.2008.01156) bestehe ab dem 1. Juni 2008 wieder eine - sich steigern lassende - Arbeitsfähigkeit von 30 %. Einer behinderungsangepassten Tätigkeit nachzugehen (in Betracht fielen gemäss Abklärung in der Abklärungsstelle S. \_\_\_ Kontroll- und Verpackungsarbeiten, vgl. Urk. 8/51 S. 7), sei der Beschwerdeführer ab dem nämlichen Datum wieder halbtags in der Lage; im Laufe der Zeit könne das Pensum nach und nach erhöht werden (vgl. Urk. 8/50 S. 1 im Prozess Nr. IV.2008.01156).

#### E. 4

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer sich anlässlich der Auffahrkollision vom 17. Juni 2004 eine Distorsion der HWS zuzog und in der Folge unter den für eine derartige Verletzung typischen Beschwerden litt (vgl. etwa Berichte Spital W. \_\_\_ vom 17. Juni 2004 [Urk. 13/4] und vom 27. Oktober 2004 [Urk. 13/28], Berichte Dr. Z. \_\_\_ vom 26. Oktober 2004 [Urk. 13/24] und vom 28. August 2007 [Urk. 13/108]). Die zahlreichen Untersuchungen ergaben - abgesehen von einer (allerdings asymptomatischen) Diskushernie degenerativer Natur (vgl. Urk. 13/28 S. 1 und S. 3, Urk. 13/98 S. 26, Urk. 8/51 S. 3 im Prozess Nr. IV.2008.01156) - keine objektivierbaren organischen Befunde, die die geklagten physischen Beeinträchtigungen zu erklären vermocht hätten. Fest steht auch, dass der Beschwerdeführer eine psychische Störung aufweist, deretwegen er seit längerem in medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung steht. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Gutachter des Begutachtungsinstituts T. \_\_\_ lediglich eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinten, das Bestehen einer psychischen Gesundheitsstörung - angesichts der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (vgl. Gutachten vom 2. Juli 2007, Urk. 13/98 S. 22, Psychiatrisches Teilgutachten vom 31. Januar 2007 [Urk. 13/94 S. 8]) - entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 9) indes keineswegs negierten.

4.2 Aus den diesbezüglich im Wesentlichen im Einklang stehenden Akten ist sodann zu schliessen, dass der fragliche Unfall für die über den 31. August 2007 (vgl. Urk. 13/104, Urk. 2) hinaus persistierenden somatischen und psychischen Defizite zumindest teilweise ursächlich war (vgl. etwa Bericht der Klinik U. \_\_\_ vom 22. Mai 2006 [Urk. 13/65 S. 3], Gutachten des Begutachtungsinstituts T. \_\_\_ vom 2. Juli 2007 [Urk. 13/98 S. 22, S. 26, S. 28], Stellungnahme Dr. Z. \_\_\_ vom 28. August 2007 [Urk. 13/108 S. 1]). Anzumerken ist hiezu, dass die Experten des Begutachtungsinstituts T. \_\_\_ wohl die (ausschliessliche) Unfallkausalität einzelner Symptome - zumindest in der festgestellten beziehungsweise geklagten Ausprägung - in Zweifel zogen (vgl. Urk. 13/98 S. 26), die vom Beschwerdeführer geklagten Beeinträchtigungen grundsätzlich jedoch durchaus auf das Ereignis vom 17. Juni 2004 zurückzuführen (vgl. Urk. 13/98 S. 22, S. 26, S. 28). Die gegenteiligen Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 7) beruhen offensichtlich auf einer falschen Interpretation der - etwas missverständlich

formulierten - gutachterlichen Ausführungen betreffend Frage 3.1 auf Seite 26 der Expertise (vgl. Urk. 13/98).

4.3.3.3 Aufgrund der aktenkundigen medizinischen Beurteilungen, der zeitlichen Gegebenheiten und der gestellten entsprechenden Diagnosen ist davon auszugehen, dass die - erstmals am 13. März 2005 von den Ärzten der V. erwähnte (vgl. Urk. 13/41 S. 2, S. 3) - psychische Symptomatik nicht im Rahmen des typischen Beschwerdebilds einer HWS-Distorsion zu sehen, sondern als selbständige Gesundheitsstörung zu betrachten ist. So geht einerseits aus den Arztberichten verschiedentlich hervor, dass die psychische Beeinträchtigung als Folge des verzögerten Heilungsverlaufs (und des - vor dem Unfall erfolgten - Stellenverlusts) aufgetreten und insofern reaktiver Natur sei (vgl. etwa Bericht Dr. Y. vom 23. August 2005 [Urk. 13/54], Bericht Dr. A. vom 19. Mai 2005 [Urk. 13/57 S. 1], Bericht der Klinik U. vom 22. Mai 2006 [Urk. 13/72 S. 3], Gutachten des Begutachtungsinstituts T. vom 2. Juli 2007 [Urk. 13/98 S. 26]). Andererseits ist eine somatoforme Schmerzstörung, wie sie beim Beschwerdeführer festgestellt wurde, nach der Rechtsprechung definitionsgemäss nicht unter das typische Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma beziehungsweise eine diesem äquivalenten Verletzung zu subsumieren, da sie nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen, insbesondere in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder Problemen, auftritt (vgl. hierzu Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 23. Mai 2006, U 5/06 Erw. 3.2.2 mit Hinweisen).

3.3.3.3 Dass der Beschwerdeführer unter einer somatoformen Schmerzstörung leidet, steht - entgegen dessen entsprechenden Ausführungen (vgl. Urk. 1 S. 8) - aufgrund der aktenkundigen medizinischen Berichte fest. So wurde die fragliche Diagnose nicht nur von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts T. gestellt (vgl. Expertise vom 2. Juli 2007, Urk. 13/98 S. 22), sondern war - nachdem die Ärzte der Rehaklinik V. am 13. März 2005 Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung geussert und auf einen Ausweitungsprozess hingewiesen hatten (vgl. Urk. 13/41 S. 2) - dem Beschwerdeführer bereits am 5. August 2005 von Dr. B. (vgl. Urk. 13/59 S. 6) und am 22. Mai 2006 von den Ärzten der Klinik U. (vgl. Urk. 13/72 S. 3) bescheinigt worden und wurde denn schliesslich am 27. Mai 2008 auch von der behandelnden Psychiaterin Dr. A. bestätigt (vgl. Urk. 8/51 S. 3 im Prozess Nr. IV.2008.01156). Angesichts dieser übereinstimmenden Einschätzungen, der immer wieder erwähnten Therapieresistenz (vgl. Urk. 13/17, Urk. 13/24 S. 2, Urk. 13/41 S. 2, Urk. 13/54, Urk. 13/62 S. 2, Urk. 13/71 S. 5, Urk. 13/120 S. 9, Urk. 8/49 S. 4 im Prozess Nr. IV.2008.01156) beziehungsweise der Verschlimmerung und Ausweitung der Symptomatik trotz einerseits wenig erheblicher somatischer Befunde und andererseits adäquater Behandlung (vgl. Urk. 13/28 S. 2, 13/41 S. 2, Urk. 13/59 S. 6, Urk. 13/65 S. 2, Urk. 13/98 S. 26, Urk. 8/49 S. 6 im Prozess Nr. IV.2008.01156), des den Ärzten mit der beim Unfall zugezogenen Verletzung kaum erklärbaren Ausmasses der angegebenen Schmerzen (vgl. Urk. 13/41 S. 2) und der starken Fokussierung des Beschwerdeführers auf sein Schmerzerleben (vgl. etwa Urk. 13/120 S. 6) erweist sich das Vorbringen des Beschwerdeführers, der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer Schmerzverarbeitungsstörung mangle es einer nachvollziehbaren Grundlage in den medizinischen Akten (vgl. Urk. 1 S. 8), als haltlos.

4.4.3.3 Da nach dem Gesagten keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre



Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise vorliegen (vgl. Erw. 1.6).

Die Auffahrkollision hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war sie von besonderer Eindringlichkeit. So fand sie zwar auf der Autobahn statt, angesichts des sich stauenden Verkehrs bestand aber kaum das Risiko eines Folgeunfalls. Zudem geht aus dem Polizeiprotokoll hervor, dass sich einzig der Beschwerdeführer verletzte, während die weiteren Unfallbeteiligten - mithin auch die mitfahrende Ehegattin und der Sohn des Beschwerdeführers - entgegen den späteren Angaben des Letzteren [vgl. Urk. 13/10 S. 3] - unversehrt blieben (vgl. Urk. 13/123). Sodann stellt ein Schleudertrauma beziehungsweise eine diesem äquivalente Verletzung im Rahmen der Adäquanzprüfung nach der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung keine schwere oder besonders geartete Verletzung dar (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008 Erw. 10.2 mit Hinweisen); mangels anderweitiger somatischer Unfallfolgen ist das entsprechende Kriterium daher ebenfalls zu verneinen.

Von einem schwierigen Heilungsverlauf oder erheblichen Komplikationen (vgl. Urk. 1 S. 13 f.) kann angesichts der Tatsache, dass die geklagten körperlichen Beschwerden - zumindest im angegebenen Ausmass - aufgrund der medizinischen Akten, wenn nicht bereits unmittelbar nach dem Unfall, so schon sehr bald danach, in erster Linie mit der Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise somatoformen Schmerzstörung - und teilweise auch mit dem hohen Analgetikakonsum, den zu reduzieren der Beschwerdeführer trotz gegenteiliger ärztlicher Empfehlungen ablehnte (vgl. Urk. 13/41 S. 2, Urk. 13/72 S. 4 und S. 5) - zu erklären waren (vgl. insbesondere Austrittsbericht Rehaklinik V. \_\_\_ vom 13. März 2005 [Urk. 13/41 S. 2 f.], Gutachten Dr. B. \_\_\_ vom 5. August 2005 [Urk. 13/5], Expertise des Begutachtungsinstituts T. \_\_\_ vom 2. Juli 2007 [Urk. 13/98 S. 28], Bericht Dr. A. \_\_\_ vom 27. Mai 2008 [Urk. 8/51 S. 1, S. 3 und S. 6 f. sowie Urk. 8/50 S. 1 im Prozess Nr. IV.2008.01156]), nicht gesprochen werden. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, fällt vorliegend mangels entsprechender Anhaltspunkte in den Akten ebenfalls ausser Betracht. Auch von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (vgl. Urk. 1 S. 14) kann - was die somatischen Beschwerden anbelangt - vorliegend nicht die Rede sein. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Ärzte der Rehaklinik V. \_\_\_ der SUVA bereits am 13. März 2005 den Fallabschluss nahegelegt hatten, weil sie jedenfalls in somatischer Hinsicht eine Therapie nicht mehr für indiziert hielten (vgl. Urk. 13/41 S. 3). Die weiteren sich auf die geklagten körperlichen Beeinträchtigungen beziehenden therapeutischen Massnahmen sind vor dem Hintergrund der somatoformen Schmerzstörung zu sehen; insofern erstaunt auch nicht, dass in der Folge (auch) in physischer Hinsicht kein namhafter Behandlungserfolg mehr verzeichnet werden konnte (vgl. Urk. 13/54, Urk. 13/59 S. 6, Urk. 13/62 S. 2, Urk. 13/65 S. 2, Urk. 13/71 S. 5, Urk. 13/98 S. 26, Urk. 13/120 S. 9, Urk. 8/49 S. 4 und S. 6 im Prozess Nr. IV.2008.01156).

Weil es an unfallbedingten organischen Befunden fehlt und die Ursache der geltend gemachten physischen Beschwerden - wenn nicht gar ausschliesslich, so zumindest weit überwiegend - in der psychischen Symptomatik zu sehen ist, kann auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen (vgl. Urk. 1 S. 14) nicht, oder zumindest

nicht in besonders ausgeprägter Weise, als erfüllt gelten. Was schliesslich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrifft, müssen hiefür in erster Linie die psychischen Beschwerden verantwortlich gemacht werden, welche die somatischen Einschränkungen schon bald überlagerten beziehungsweise ganz in den Hintergrund drängten. Auf etwas Gegenteiliges lassen auch die Berichte des Instituts R. \_\_\_ vom 26. Februar und 24. August 2009 (Urk. 15, Urk. 21) nicht schliessen (vgl. Urk. 14, Urk. 20), dokumentieren diese doch lediglich die vom Beschwerdeführer bereits zuvor wiederholt gezeigte (vgl. insbesondere Bericht der Klinik U. \_\_\_ vom 22. Mai 2006 [Urk. 13/72 S. 4], Bericht Abklärungsstelle S. \_\_\_ vom 13. März 2008 [Urk. 13/120]) und jedenfalls zu einem weit überwiegenden Teil mit psychischen Gründen zu erklärende limitierte physische Belastbarkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit, die psychisch bedingt ist, hat indessen bei der vorliegenden Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben, weshalb auch dieses unfallbezogene Merkmal als nicht gegeben zu erachten ist.

4.7.1.1 Da nach dem Gesagten weder eines der massgebenden Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt ist, noch mehrere der zu berücksichtigenden unfallbezogenen Merkmale vorliegen, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch über den 31. August 2007 hinaus geklagten Beschwerden und der Auffahrkollision vom 17. Juni 2004 zu verneinen. Weitere medizinische Abklärungen betreffend die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. Urk. 1 S. 16) erbringen sich angesichts dieses Ergebnisses. Die Leistungseinstellung der SUVA per Ende August 2007 (vgl. Urk. 2) erweist sich demnach als rechters.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Alex Beeler, unter Beilage eines Doppels von Urk. 24

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Atupri Krankenkasse

- 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.