

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00123 vom 30. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00123

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00123 du 30 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00123 del 30 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. Die von der SUVA am 4. Oktober 2006 betreffend das Ereignis vom 5. Juni 2001 mit Wirkung ab 1. Mai 2006 verhängte Rente für einen Invaliditätsgrad von 23 % (vgl. Urk. 11/142) ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Strittig und zu prüfen sind vorliegend demnach einerseits der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für die Folgen des genannten Unfalls und andererseits der über den 30. April 2006 hinaus bestehende Anspruch auf Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 23. Mai 2004.

E. 1.2

1.2.1. 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 entfiel (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).

1.2.2. 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 Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.2.3 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).

1.2.4 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).

1.2.5 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).

Die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise 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).

1.2.6 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V

139 Erw. 6a).

1.2.7. 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).

1.2.8. 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 Arbeits- beziehungsweise 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).

E. 1.3

1.3.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der

Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

1.3.2.2 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Die Integritätsentschädigung der Unfallversicherung unterscheidet sich daher von der privatrechtlichen Genugtuung, mit welcher der immaterielle Nachteil individuell unter Würdigung der besonderen Umstände bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 133 Erw. 2) ähnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gültige Regeln zur Bemessung des Integritätsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt. Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1, 113 V 221 Erw. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

1.3.3.1 Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

1.3.4.1 Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben

ermittlicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

E. 2

2.1 Die SUVA führte zur Begründung ihres Einspracheentscheids vom 19. März 2008 (Urk. 2) im Wesentlichen aus, während ein weiterer Leistungsanspruch betreffend das Ereignis vom 23. Mai 2004 mangels dessen adäquater Kausalität für die seither persistierenden, organisch nicht objektivierbaren Beschwerden ausser Betracht falle (vgl. Urk. 2 S. 5-11, Urk. 10 S. 9-15, Urk. 18, Urk. 23), fehle es - wie die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie, am 8. März 2006 (vgl. Urk. 12/68) ergeben habe - betreffend die am 5. Juni 2001 zugezogene Handverletzung an einer entsprechenden Entschädigungsanspruch begründenden erheblichen und dauerhaften Integritätseinbusse (vgl. Urk. 2 S. 13 f., Urk. 10 S. 15 ff.).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) sei schon deshalb aufzuheben, weil die SUVA in ihrer Verfügung vom 4. Oktober 2006 (Urk. 11/142) - in sich mit dem Einspracheentscheid nicht mehr heilen lassender Weise - seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe, indem sie sich einerseits nicht zu den Gründen, die zur Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs geführt hätten, geussert und andererseits entschieden habe, ohne vorgängig die bei Schleudertrauma-Verletzungen rechtsprechungsgemäss erforderliche interdisziplinäre Abklärung vorgenommen zu haben (vgl. Urk. 1 S. 3 f.). Angesichts des Umstands, dass mehrere der zu prüfenden entsprechenden Kriterien erfüllt seien, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen der Auffahrkollision vom 23. Mai 2004 und den anhaltenden Gesundheitsstörungen - und damit auch sein weiterer Leistungsanspruch - ohne Weiteres zu bejahen (vgl. Urk. 1 S. 4-6, Urk. 19). Schliesslich sei die SUVA - gestützt auf die nicht beweiskräftige Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. Z.____ (Urk. 12/68) - zu Unrecht davon ausgegangen, dass der Unfall vom 5. Juni 2001 keinen entschuldigungspflichtigen Integritätsschaden gezeitigt habe, habe sie doch mit der Zusprechung der Invalidenrente selbst anerkannt, dass ihm diesbezüglich ein erheblicher Gesundheitsschaden verbleibe. Die erhebliche Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand bedeute eine Integritätseinbusse von 20 % (vgl. Urk. 1 S. 6-8).

E. 3.1

3.1.1 Betreffend die dem Beschwerdeführer aus dem Unfall vom 5. Juni 2001 verbleibenden Beeinträchtigungen an der linken Hand geht aus den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

Die Ärzte des Spitals A.____, Chirurgie, diagnostizierten am 29. Juni 2001 eine wenig dislozierte Metakarpale III- und IV-Schaft-Spiralfraktur links. Unter konservativer Behandlung sei es im Verlauf zu keiner Dislokation gekommen (vgl. Urk. 11/5).

3.1.2 Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Schreiben vom 21. Januar 2002 (Anhang zu Urk. 11/19) fest, der zwischenzeitlich aufgetretene Sudeck sei nach längerer medikamentöser Behandlung wieder abgeklungen. Trotz der langen Zeitspanne seit dem fraglichen Unfall leide der Patient noch unter starken Schmerzen. Nachdem der Beschwerdeführer, der weiterhin

ergotherapeutisch und medikamentös behandelt werde, die Arbeitsfähigkeit per 10. Dezember 2001 auf 40 % habe steigern können, erscheine aufgrund der massiven Beschwerden und der damit einhergehenden Unfallgefahr auf der Baustelle eine weitere Erhöhung der Leistungsfähigkeit als unmöglich. Eine chirurgische Abklärung sei indiziert (vgl. Urk. 11/19).

3.1.3 Die Ärzte des Spitals A.____, Chirurgische Klinik, stellten am 7. Februar 2002 - bei Status nach Fraktur Metakarpale III und IV, Status nach konservativer Therapie und Status nach Algodystrophie/Sudeck - ein erfreuliches funktionelles Resultat und eine fast vollständig normalisierte Trophik fest. Der Patient solle seine Hand nun unbedingt - möglichst zunehmend - gebrauchen, wobei ein gezielter muskulärer Aufbau unter ergo- und physiotherapeutischer Führung angezeigt sei. Dem Patienten sei nahegelegt worden, sukzessive auch wieder manuell belastende Tätigkeiten auszuüben (vgl. Urk. 11/22).

3.1.4 Nachdem sie den Beschwerdeführer am 19. August 2002 untersucht hatten, stellten die Ärzte des Kantonsspitals V.____ in ihrem tags darauf verfassten Bericht nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 11/28 S. 1):

- Restbeschwerden bei Status nach CRPS Typ I links nach konservativer Therapie einer wenig dislozierten Metakarpale III- und IV-Fraktur links vom 5. Juni 2001

- Beginnender Dupuytrenstrang Strahl IV links

- Verdacht auf beginnendes Karpaltunnelsyndrom links

Klinisch habe sich die Hand erfreulicherweise weitgehend erholt; Zeichen eines CRPS I liessen sich keine mehr feststellen. Die Frakturen der Metakarpalia III und IV seien klinisch wie auch radiologisch stabil konsolidiert; die Funktion der Hand sei angesichts der freien Beweglichkeit und der sehr guten Kraft kaum mehr eingeschränkt. Stärkend wirkten sich indes die vor allem unter Belastung - insbesondere über dem Metakarpale III dorsal - noch auftretenden Schmerzen aus, deretwegen der Patient seine Arbeit im Heizungsanlagenbau noch nicht wieder vollumfänglich habe aufnehmen können. In Anbetracht der noch bestehenden Beschwerden sei wohl für manuelle Schwerarbeiten weiterhin eine etwa 20%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Es sei aber davon auszugehen, dass sich die Belastbarkeit und Kraft der linken Hand noch weiter verbesserten und dann etwa anderthalb Jahre nach dem Unfall der Endzustand wieder erreicht sein werde (vgl. Urk. 11/28 S. 2).

Weitere Behandlungsmassnahmen seien derzeit nicht indiziert. Dem Patienten sei empfohlen worden, die Kraft in der linken Hand mittels langsamer Belastungserhöhung wieder aufzubauen. Es sei zu hoffen, dass die seit 3. Juni 2002 noch bestehende 20%ige Arbeitsunfähigkeit anlässlich der nächsten Konsultation beim Hausarzt Ende September 2002 weiter reduziert werden könne (vgl. Urk. 11/28 S. 2).

3.1.5 Nachdem sie den Beschwerdeführer neurologisch untersucht hatten, gaben die Ärzte des Kantonsspitals V.____, Medizinische Klinik, am 31. März 2003 an, aufgrund der elektrodiagnostischen Befunde (normale distale motorische Latenz, normale sensibel orthodrome Nervenleitgeschwindigkeit, symmetrische Summenpotentiale) könne ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen werden. Möglicherweise würden die intermittierenden Sensibilitätsstörungen in den Fingern II und III durch ein Reiz- und leichtes Ausfallsyndrom der interdigitalen sensiblen Nerven verursacht.

Differentialdiagnostisch fielen auch ein Tumorwachstum oder eine intraneurale

Mucoidzyste in Betracht. Hinweise für trophische Störungen fehlten derzeit (vgl. Urk. 11/38 S. 2).

3.1.6 Nach einer weiteren Untersuchung des Beschwerdeführers am 14. April 2003 hielten die Chirurgen des Kantonsspitals V. ___ fest, bei im Wesentlichen unveränderter Symptomatik präsentiere sich die Trophik an der linken Hand weiterhin normal, das Bewegungsausmass in den Hand- und Fingergelenken sei frei, und lokal finde sich weder eine abgrenzbare Schwellung noch eine Tenosynovialitis. Da angesichts des Ausschlusses eines Karpaltunnelsyndroms keine Operationsindikation gegeben sei, falle - angesichts der noch möglichen vollen Streckung - auch eine Resektion des Dupuytrenstrangs ausser Betracht (vgl. Bericht vom 15. April 2003, Urk. 11/42 S. 1).

Die noch geklagten Restbeschwerden ständen wohl im Zusammenhang mit der Fraktur beziehungsweise dem in deren Anschluss aufgetretenen CRPS I. Aufgrund der normalisierten Trophik und des freien Bewegungsausmasses an den Fingern und im Handgelenk, seien weder chirurgische noch physikalische Massnahmen indiziert (vgl. Urk. 11/42 S. 1). Da Beschwerden nach einer derartigen Fraktur - insbesondere nach Auftreten eines CRPS I - ohne Weiteres noch während eines halben Jahres andauern könnten, sei noch mit dem Eintritt einer weiteren Besserung im Verlaufe des Sommers 2003 zu rechnen (vgl. Urk. 11/42 S. 1 f.).

3.1.7 Dr. B. ___ berichtete am 1. Februar 2004, der Arbeitsfähigkeitsgrad habe per 1. Januar 2004 wieder auf 40 % reduziert werden müssen, weil es dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich sei, Arbeiten auf der Baustelle auszuführen. Es sei dringend eine Arbeitsplatzabklärung durch einen entsprechenden Spezialisten der SUVA indiziert (vgl. Urk. 11/52).

3.1.8 Am 18. Juni 2004 gaben die Ärzte des Kantonsspitals V. ___, Chirurgische Klinik und Poliklinik an, angesichts der aus der erneuten Untersuchung resultierten unauffälligen Befunde liessen sich die hartnäckigen Schmerzen des Patienten - wenn sie auch glaubhaft seien - klinisch schwer fassen. Um die Ursachen des Einschlafens der rechten [richtig wohl: linken] Hand zu eruieren, seien eine Szintigraphie und - je nach deren Ergebnis - allenfalls auch eine angiologische Untersuchung angezeigt (vgl. Urk. 11/57 S. 2).

Aufgrund der Resultate der in der Folge am 29. Juni 2004 im Institut für Radiologie der nämlichen Klinik durchgeführten Skelettszintigraphie äusserten die Ärzte am 30. Juni 2004 dringenden Verdacht auf einen - bis dahin nicht vollständig remittierten - Sudeck im 3. Stadium (vgl. Bericht vom 30. Juni 2004, Anhang 2 zu Urk. 11/60). Daraufhin wurde erneut eine Ergotherapie initiiert (vgl. Urk. 11/60, Urk. 11/65).

Die angiologische Untersuchung vom 7. Juli 2007 im Kantonsspital V. ___, Gefässzentrum, ergab keine pathologischen Befunde und insofern auch keine Erklärung für die - insbesondere beim Faustschluss und der Flexion im Handgelenk - auftretenden Schmerzen in der linken Hand einerseits und die intermittierenden Sensibilitätsstörungen im Mittel- und Endglied der Finger II-IV links andererseits (vgl. Anhang 1 zur Urk. 11/60).

3.1.9 Gestützt auf die Ergebnisse seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 15. September 2004 gelangte Dr. Z. ___ zum Schluss, dass angesichts der szintigraphisch nachgewiesenen Minderperfusion der Weichteile der rechten Hand und des Fehlens jeglicher anderweitiger objektivierbarer Befunde von einem diffusen Restschmerz nach

Algodystrophie im Bereich der Mittelhand und der Finger III und IV links auszugehen sei. Allerdings bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen der mÄ¼helosen aktiven Bewegung aller Strukturen im Ratschow-Test und den subjektiven Schmerzangaben. Insofern sei die vom Patienten geltend gemachte hochgradige FunktionseinschrÄ¼nkung der linken Hand schmerzbedingt und lasse sich morphologisch - auch mit den Sudeck-Residuen - nicht plausibel erklÄ¼ren. Zu einem therapeutischen Erfolg kÄ¼nnten hÄ¼chstens noch eine Behandlung mit Neurontin oder eine kurze Serie Akupunktur fÄ¼hren (vgl. Bericht vom 16. September 2004, Urk. 11/67 S. 3).

E. 3.1.10

Vom 27. Oktober bis 24. November 2004 liess sich der BeschwerdefÄ¼hrer stationÄ¼r in der Rehaklinik Y.____ behandeln. In ihrem Austrittsbericht vom 2. Dezember 2004 (Urk. 11/76) stellten die Ä¼rzte folgende Diagnosen (vgl. Urk. 11/76 S. 1):

-

E. 3.1.11

GestÄ¼tzt auf das MRI vom 21. April 2005 und die anlÄ¼sslich der Untersuchung vom 28. April 2005 erhobenen Befunde stellten die Ä¼rzte des Kantonsspitals V.____, Chirurgische Klinik und Poliklinik, am 3. Mai 2005 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 11/85 S. 1):

- Unklare Handgelenksschmerzen links
- Status nach Hand- und Handgelenksquetschtrauma vom 5. Juni 2001
- Verdacht auf luno-triquetralen Bandriss
- Verdacht auf skapholunÄ¼ren Bandriss

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Der Patient leide einerseits - in Form von dauernden Schmerzen am HandrÄ¼cken und einer KÄ¼lteempfindlichkeit - unter Folgen des CRPS und andererseits unter Handgelenksschmerzen, die auf einen oder mehrere BÄ¼nderrisse zurÄ¼ckzufÄ¼hren seien. Damit die IntegritÄ¼t der BÄ¼nder und die QualitÄ¼t des Knorpels besser beurteilt werden kÄ¼nnten, sei dem Patienten eine Handgelenksarthroskopie empfohlen worden (vgl. Urk. 11/85 S. 2).

E. 3.1.12

Dr. Z.____ gab am 10. Juni 2005 an, vier Jahre nach den Frakturen der Metakarpalia III und IV links und des in der Folge aufgetretenen Morbus Sudeck sei nun von einem Dauerzustand auszugehen. Der von den behandelnden Ä¼rzten vorgeschlagenen - indes als wenig sinnvoll erscheinenden (vgl. auch Urk. 11/93) - Arthroskopie wolle sich der BeschwerdefÄ¼hrer nicht unterziehen. Die geklagten Beschwerden seien wohl nur teilweise auf die von den Handchirurgen festgestellte Ruptur des dorsalen Anteils des luno-triquetralen Ligaments zurÄ¼ckzufÄ¼hren. Ein erheblicher und dauerhafter unfallbedingter IntegritÄ¼tsschaden in entschÄ¼digungspflichtigem Ausmass liege nicht vor. In einer leidensangepassten TÄ¼tigkeit (kein repetitives Heben und Tragen von ein Gewicht von 10 kg Ä¼bersteigenden Lasten mit der linken Hand, keine Arbeiten mit vibrierenden oder Vibrationen erzeugenden Maschinen mit der linken Hand, keine Arbeiten mit wiederholter AbstÄ¼tzfunktion der linken Hand) bestehe eine 100%ige ArbeitsfÄ¼higkeit (vgl. Urk. 11/89 S. 5).

E. 3.1.13

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Zwischenbericht vom 11. Dezember 2005 (Urk. 11/103) fest, beim Patienten bestehe ein Residualzustand nach Quetschverletzung der Hand mit sekundärem Sudeck. Es sei ein bleibender Nachteil in Form einer reduzierten Kraft in der linken Hand zu erwarten (vgl. Urk. 11/103).

E. 3.1.14

In seinem gestützt auf die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung verfassten Bericht vom 8. März 2006 (Urk. 11/108) gab Dr. Z.____ an, betreffend die linke Hand klage der Beschwerdeführer weiterhin über - durch die aktuell herrschende grosse Kälte noch verstärkte - ziehende Schmerzen, die im Wesentlichen in der Mittelhand lokalisiert seien und - bis zum Mittelglied - in die Finger II-IV ausstrahlten. Die linke Hand beschreibe der Beschwerdeführer als immer viel kälter als die rechte; linksseitig könne er auch nicht mehr schwer heben (vgl. Urk. 11/108 S. 3).

Es sei von einem stabilen Dauerzustand auszugehen. Die hinsichtlich der Beweglichkeit im Handgelenk gegenüber der Untersuchung vom Juni 2005 festgestellte Differenz sei vernachlässigbar (vgl. Urk. 11/108 S. 4). Der Unfall vom 5. Juni 2001 habe keinen entschuldigungspflichtigen Integritätsschaden gezeitigt (vgl. Urk. 11/108 S. 5).

E. 3.1.15

Im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wurde der Beschwerdeführer am 28. und 30. Juli 2008 im Begutachtungsinstitut U.____ multidisziplinär untersucht. Nachdem die von ihnen durchgeführte neurographische Untersuchung der linken Hand normale Werte ergeben hatte (vgl. Urk. 20/2 S. 1 f.), gelangten die Ärzte in ihrem Gutachten vom 27. August 2008 (Urk. 20/1) zum Schluss, dass weder aus den residuellen unklaren linksseitigen Handschmerzen (ICD-10 M79.6) noch aus der - unfallfremden (vgl. Urk. 20/2) - Dupuytren-Kontraktur Strahl IV der linken Hand (ICD-10 M72.0) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere (vgl. Urk. 20/1 S. 16, S. 17).

E. 3.1.16

Die Ärzte des Universitätsspitals T.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, gaben am 19. März 2009 an, nebst der - im Vordergrund stehenden - HWS-Symptomatik leide der Patient nach wie vor unter Beschwerden in der linken Hand. Schweres Tragen sei ihm gemäss eigenen Angaben linksseitig nicht mehr möglich, da dies stechende Schmerzen im Handrücken und als Reaktion darauf plötzlichen Kraftverlust auslöse (vgl. Urk. 15 S. 4).

E. 3.2

3.2.1 In Bezug auf die Auffahrkollision vom 23. Mai 2004 geht aus den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

Die noch am Unfalltag ambulant konsultierten Ärzte des Universitätsspitals T.____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 23. Mai 2004 (Urk. 12/2) eine HWS- und BWS-Distorsion. Der Patient, der bei der Kollision nicht mit dem Kopf angeprallt sei, habe keine Bewusstlosigkeit erlitten und weise auch keine Amnesie auf. Zirka 10 Minuten nach dem Unfall seien Kopfschmerzen aufgetreten. Die radiologische Untersuchung der HWS und der BWS habe - mit Ausnahme eines osteolytisch imponierenden linksseitigen Pedikels

Nacken- und Schultergürtelbeschwerden auf (vgl. Urk. 12/49 S. 1).

Die Folgebeschwerden der am 23. Mai 2004 erlittenen HWS-Distorsion sind gegenüber den linksseitigen Handbeschwerden im Vordergrund. Der Neurostatus sei normal. Aus therapeutischer Sicht seien lokale Massagen zur Schmerzlinderung und insbesondere eine systematische Physiotherapie beziehungsweise eine medizinische Trainingstherapie (MTT) zur Stabilisierung respektive Stärkung der HWS-Muskulatur indiziert (vgl. Urk. 12/49 S. 2).

Am 9. Juni 2005 wurde der Beschwerdeführer erneut von Dr. Z. _____ kreisärztlich untersucht. Dieser hielt in seinem tags darauf verfassten Bericht (Urk. 12/50) fest, der Patient berichte - nebst Handbeschwerden (vgl. Urk. 12/50 S. 2) - immer noch über häufige belastungsabhängige und ausstrahlende Schulter- und Nackenbeschwerden, wobei physiotherapeutisch eine gewisse Besserung erreicht haben werden könnten. Zudem leide er unter massiven belastungsabhängigen Kopfschmerzen und unter mit Stromschlägen vergleichbaren Phänomenen im Nacken rechts. Die Nachtruhe sei schmerzbedingt beeinträchtigt. Er unterziehe sich zwei- bis dreimal pro Woche einer Physiotherapie, absolviere daneben ein Heimprogramm und behandle stärkere Schmerzen sowie massivere Verspannungen medikamentös. Er verrichte derzeit - im Umfang von zwei bis maximal fünf Stunden täglich - ausschliesslich Büroarbeiten, wozu er ein Stehpult benutze; länger als eine Stunde am PC zu sitzen sei ihm nicht möglich (vgl. Urk. 12/50 S. 3).

An der HWS liessen sich keine organischen Unfallfolgen objektivieren. Die vom Beschwerdeführer als heftig geschilderten Beschwerden könnten mit den erhobenen klinischen Befunden nicht vollständig erklärt werden. Der neurologische und der chirurgische Status seien unauffällig (vgl. Urk. 12/50 S. 5). Der Patient habe unter Hinweis darauf, dass die Physiotherapie noch immer erhebliche Verbesserungen bringe, angegeben, im Begriffe zu sein, seine Arbeitsleistung zu steigern; wegen der HWS- und Handgelenksbeschwerden halte er allerdings die Wiederaufnahme seiner manuellen Tätigkeit im eigenen Betrieb für weitgehend ausgeschlossen (vgl. Urk. 12/50 S. 5). Der somatische Befund an der HWS vermittle indes eine weitere Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel zu begründen (vgl. Urk. 12/50 S. 6).

Die radiologische Untersuchung der HWS vom 9. Juni 2005 ergab folgende Befunde (vgl. Urk. 11/88):

- Normale HWS-Haltung
- Initiale Osteochondrosis C5/6
- Leichte Spondylarthrosis C7/Th1
- Frühosteophyten im Atlantoaxial-Gelenk

Weitere nennenswerte degenerative Veränderungen oder posttraumatische Läsionen wurden keine festgestellt. Auf den Funktionsaufnahmen zeigte sich eine leichte Einschränkung der Segmentbeweglichkeit C4-C6; eine posttraumatische Gefäßgelockering wurde nicht nachgewiesen.

Dr. C. _____ berichtete am 20. November 2005 über einen unveränderten Gesundheitszustand und negierte das Bestehen sich auf den Heilungsverlauf auswirkender unfallfremder Faktoren. Es sei mit einem bleibenden Nachteil zu rechnen (vgl. Urk. 12/62).

Am 11. Dezember 2005 gab der nÄrmliche Arzt an, der Patient leide unter einem chronifizierten HWS-Schleudertrauma mit radikulÄrem Schmerzsyndrom, Schwindel und Depression. Derzeit bestehe eine 50%ige ArbeitsfÄhigkeit (vgl. Urk. 12/63).

E. 3.2.10

GestÄtzt auf die Ergebnisse seiner Abschlussuntersuchung vom 8. MÄrz 2006 hielt Dr. Z.____ in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 12/68) betreffend das am 23. Mai 2004 erlittene kraniozervikale Beschleunigungstrauma fest, auf der linken Seite lasse sich noch eine mÄssige Atrophie der Schulter-Nacken-Muskulatur feststellen, ansonsten sei der Befund im Wesentlichen identisch mit dem am 9. Juni 2005 erhobenen, weshalb von einem Dauerzustand auszugehen sei. Weitere somatische Unfallfolgen liessen sich keine nachweisen (vgl. Urk. 12/68 S. 4). In einer den Beschwerden in der linken Hand Rechnung tragenden TÄtigkeit bestehe wieder eine uneingeschrÄnkte ArbeitsfÄhigkeit (vgl. Urk. 12/68 S. 4 f.).

E. 3.2.11

Die Ärzte des Spitals A.____, Medizinische Klinik, die der BeschwerdefÄhrer am 27. MÄrz 2006 notfallmÄssig konsultiert hatte, stellten in ihrem Bericht vom genannten Datum (Anhang zu Urk. 12/69) folgende Diagnosen (vgl. Anhang zu Urk. 12/69 S. 1):

- Muskuloskelettaler Thoraxschmerz
- Infekt der oberen Atemwege
- Chronisches HWS- und BWS-Syndrom

Der Patient habe sich wegen eines linksthorakalen stechenden Schmerzes in Behandlung begeben (vgl. Anhang zu Urk. 12/69 S. 1). Aufgrund der klinischen Symptomatik seien die - durch Kompression provozierbaren - Beschwerden am ehesten muskuloskelettalen Ursprungs. WÄhrend eine kardiale Ursache habe ausgeschlossen werden kÄnnen, fielen auch das chronische BWS-Syndrom oder eine Irritation durch den Husten als AuslÄser der BeeintrÄchtigungen, die dann auf der Notfallstation wieder weitgehend abgeklungen seien, in Betracht (vgl. Anhang zu Urk. 12/69 S. 2).

E. 3.2.12

Nach Kenntnisnahme des - nicht aktenkundigen - Berichts der Klinik S.____ vom 17. MÄrz 2006 gab Dr. Z.____ am 4. April 2006 an, angesichts des Fehlens grundsÄtzlicher neuer (neurologischer) Erkenntnisse werde der Fallabschluss dadurch nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 12/71).

E. 3.2.13

Die Ärzte der Klinik S.____, WirbelsÄulenzentrum, stellten am 8. Mai 2006 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 12/74 S. 1):

- Chronisches zervikozephalales sowie zervikospondylogenes Syndrom beidseits, rechtsbetont, mit/bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 23. Mai 2004
- WirbelsÄulengefÄhigkeit/-form: thorakal linkskonvexe S-fÄrmige Torsionsskoliose, lumbaler FlachrÄcken, Kopfprotraktion

- myofaszialer Schmerzausweitung
- Zeichen der Symptomausweitung
- Verdacht auf hypomobile Dysfunktion der oberen HWS
- hypomobiler Dysfunktion Th2/3
- degenerativen Veränderungen der HWS mit Unkovertebralspondylose der mittleren HWS
- Spondylarthrosen der gesamten HWS mit Betonung tiefzervikal; Knickbildung C4/5 in Flexion, jedoch keine Hinweise für eine Instabilität
- unauffälliger MRI-Untersuchung der HWS
- Verdacht auf luno-triquetralen sowie skapholunären Bandriss bei Status nach Hand- und Handgelenksquetschtrauma vom 5. Juni 2001 mit/bei
- ausgeprägter Algodystrophie im Verlauf
- persistierenden Handgelenks- und PIP-Schmerzen
- dislozierter Metakarpale-Fraktur III und IV links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch bestanden seit der am 23. Mai 2004 erlittenen Auffahrkollision zervikale Schmerzen rechts paravertebral mit Ausstrahlung panvertebral und in die rechte Schulter, wobei es beim Gehen und in Linksseitenlage zu einer Schmerzabnahme komme. Klinisch dominierten die myofaszialen Befunde; die schmerzlose tiefe Palpation respektive Mobilisation sei nicht möglich. Das MRI der HWS habe - abgesehen von degenerativen Veränderungen - einen unauffälligen Befund ergeben (vgl. Urk. 12/74 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Patient habe sich mit folgendem geplanten Vorgehen für einverstanden erklärt (vgl. Urk. 12/74 S. 1 f.):

- Physio-Check im Hause mit dem Ziel einer Anleitung zur Selbstbehandlung gemäss Konzept bei chronischen Schmerzpatienten (Ausdauerkomponente), beispielsweise Step-Walker bei gutem Ansprechen auf Gehen, Selbstmobilisation und Dehnung, Beginn eines muskulären Aufbaus von thorakal
- Medikamentöse Begleittherapie mittels Antidepressivum auf den Abend (Tryptizol 10 mg) sowie Magnesium hochdosiert
- Neuraltherapeutische Infiltrationsserie mit dem Ziel der muskulären Entspannung und Desensibilisierung
- Verhaltenstherapeutische Therapie bei Dr. C. ___ mit dem Ziel einer Reduktion von Ängsten und Verunsicherungen sowie verhaltenstherapeutisches Coaching respektive Coping
- Eventuell zweifacher Versuch mit Miacalcic und Facettengelenksinfiltrationen bei Persistieren der entsprechenden Klinik

E. 3.2.14

Am 16. Juni 2006 gaben die Ärzte der Klinik S. ____, Wirbelsäulenzentrum an, zwischenzeitlich seien insgesamt fünf Triggerpunkte sowie subkutane Quaddelungen entlang des Musculus trapezius sowie paravertebral C7/Th7 infiltriert worden, wobei im

Anschluss an diese Behandlung eine manualtherapeutische Manipulation Th2-Th5 mit Clavationseffekt erfolgt sei. Nach der Rückkehr des für drei Wochen abwesenden Patienten am 10. Juli 2006 werde eine erneute viermalige Infiltrationsserie durchgeführt (vgl. Urk. 12/81 S. 1).

E. 3.2.15

Am 24. Juli 2006 berichteten die Ärzte der Klinik S.____, Neurologie, über einen weiterhin guten Verlauf unter infiltrativer Schmerztherapie, wobei diese nun auf entsprechenden Wunsch des Patienten beim Hausarzt weitergeführt werde. Dem Beschwerdeführer sei nahegelegt worden, die konservativen Therapiemassnahmen einschliesslich der Physiotherapie und der medikamentösen Behandlung mit Tryptizol 10 mg und Magnesium hochdosiert, beizubehalten. Zudem könne noch versucht werden, mittels selektiver Facettengelenksinfiltration die Beschwerden des Patienten signifikant zu reduzieren (vgl. Urk. 12/84 S. 2).

E. 3.2.16

Im Auftrag der SUVA wurde der Beschwerdeführer am 21. Februar 2007 konsiliarisch von den Ärzten der Klinik S.____, Schmerz-/Gutachtenzentrum untersucht. In ihrer gleichentags verfassten Beurteilung (Urk. 12/98) hielten diese fest, der Patient klagte weiterhin über im Rahmen eines zervikobrachialen Syndroms zu interpretierende Beschwerden, die ihn sowohl bei der Arbeit (20%ige Tätigkeit, hauptsächlich in der Akquisition) als auch bei Freizeitaktivitäten, sozialen Kontakten und Aktivitäten in der Gemeinde (Schulpflege) deutlich einschränkten. Die zudem erwähnten psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen entsprächen keinem psychopathologischen Syndrom. Angesichts des Umstands, dass sich innert des letzten Jahres trotz durchaus adäquater und konsequent durchgeführter Therapien keine relevante Besserung mehr eingestellt habe, sei vom Erreichen des Endzustandes auszugehen (vgl. Urk. 12/98 S. 1).

E. 3.2.17

Am 13. Oktober 2007 bestätigte auch Dr. C.____ hinsichtlich des Schleudertraumas einen chronischen Endzustand. Beim Patienten komme es nach nur kurzer Arbeit am PC zu einer Verstärkung der Schmerzen im Schulter-Nacken-Gürtel und auch zu Schwindelzuständen. Mittels Physio- und Neuraltherapie könne vermieden werden, dass sich der Gesamtzustand noch verschlechtere (vgl. Urk. 3/2).

E. 3.2.18

In ihrer Expertise vom 27. August 2008 (Urk. 20/1) gelangten die Ärzte des Begutachtungsinstituts U.____ zum Schluss, dass folgende Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (vgl. Urk. 20/1 S. 16):

- Chronisches Zervikalsyndrom mit zephaler Komponente (ICD-10 M53.0)
- Status nach Auffahrunfall (Heckkollision) mit HWS-Distorsionstrauma am 23. Mai 2004 (ICD-10 S13.6)
- muskuläre Dysbalance im Nacken-/Schultergürtelbereich (ICD-10 M62.9)
- Wirbelsäulenfehlform (ICD-10 M41.8)
- leichte degenerative HWS-Veränderungen (ICD-10 M50.3)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar liessen sich die geklagten Beschwerden mit den klinisch objektivierbaren Befunden grundsätzlich erklären; allerdings seien weder das geltend gemachte Ausmass der Beeinträchtigungen noch die gemäss dem Exploranden damit verbundene Einschränkung der Leistungsfähigkeit nachvollziehbar. Es bestehe daher Verdacht auf eine Schmerzfehlverarbeitung. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht insofern eingeschränkt, als aufgrund der Nackenproblematik körperlich schwere oder das Heben und Tragen von ein Gewicht von 10 kg übersteigende Lasten bedingende, mit Zwangshaltungen oder einer Armhaltung über der Horizontalen einhergehende Tätigkeiten sowie Arbeiten, die keine Möglichkeiten böten, die Position zu wechseln, mithin auch die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur (vgl. Urk. 20/1 S. 18), nicht mehr zumutbar seien (vgl. Urk. 20/1 S. 17). In einer leidensangepassten, leichten bis intermittierend schweren Tätigkeit bestehe - seit dem Unfall vom 23. Mai 2004 (vgl. Urk. 20/1 S. 18) - eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychischer Sicht sei der Beschwerdeführer uneingeschränkt leistungsfähig (vgl. Urk. 20/1 S. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In therapeutischer Hinsicht seien aktive Massnahmen zur Kräftigung der Muskulatur sowie Dehnübungen indiziert, wobei der Explorand die entsprechenden Übungen nach einschlägiger Instruktion auch selbstständig durchführen könne. Überdies erscheine zur Erreichung einer Schmerzdistanzierung auch der Einsatz eines Antidepressivums als sinnvoll. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers keine empfohlen werden (vgl. Urk. 20/1 S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf entsprechende Zusatzfragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hin und nach erneuter Untersuchung des Letzteren am 12. Februar 2009 hielten die Gutachter des Begutachtungsinstituts U.____ am 24. März 2009 ergänzend fest, die derzeitigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Heizungsmonteur sei zu zwei Dritteln der Handverletzung und zu einem Drittel den aus dem zweiten Unfall resultierenden Nackenbeschwerden zuzuschreiben. Die in einer Berufstätigkeit bestehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiere zu 20 % aus der linksseitigen Handlähmung und zu 80 % aus der Symptomatik im Bereich des Nackens (vgl. Urk. 20/2 S. 2). Sowohl die Beschwerden in der linken Hand - mit Ausnahme der krankheitsbedingten Dupuytren'schen Kontraktur des IV. Strahls - als auch diejenigen in der Nackenregion seien - zumindest teilweise - unfallkausal (vgl. Urk. 20/2 S. 3 f.).

E. 3.2.19

Im Rahmen der Rheumatologischen Interdisziplinären Schmerz-Sprechstunde (RISS) wurde der Beschwerdeführer vom 3. bis 19. März 2009 ambulant im Universitätsklinikum T.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, ärztlich, physio- und ergotherapeutisch sowie psychologisch abgeklärt. In ihrem Bericht vom 19. März 2009 (Urk. 15) stellten die Ärzte daraufhin nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 15 S. 1):

- Chronisches myofaszielles zervikospodylogenes und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei
- HWS-Distorsionstrauma Grad II (QTF) im Mai 2004
- Fehlstellung der Hals- und Brustwirbelsäule

- degenerativen Veränderungen der HWS
- vorwiegend neuropathischer Schmerzkomponente
- Status nach CRPS I der linken Hand bei/mit
- Temperaturdifferenz zur Gegenseite
- Quetschverletzung 2001
- Verdacht auf Omarthrose beidseits (klinischer Befund)
- Verdacht auf Medikamenten-Misgebrauchs-Kopfschmerz (MMS)
- Leichte depressive Episode

Die Beschwerden im Nacken- und Halsbereich seien teilweise neuropathischer Natur mit einer sekundären nozizeptiven Komponente in Form einer deutlichen muskulären Dysfunktion (ungünstige motorische Stereotypen, erhöhte Aktivität der phasischen und Abschwächung der tonischen Haltemuskulatur des gesamten Gesichts-, Mund-, Hals- und Nackenbereichs). Aufgrund der Schmerzen beziehungsweise der damit im Zusammenhang stehenden verminderten Präsenzenzeiten in der eigenen Firma leide der Beschwerdeführer unter Existenzängsten und Unzufriedenheit; auch die sozialen Kontakte und die Freizeitaktivitäten (namentlich Sport) seien durch die gesundheitliche Situation beeinträchtigt. Mit der Tätigkeit in der Schulpflege habe sich der Patient einen Ausgleich zur Arbeit geschaffen. Positiv auf den brennenden Schmerz im Schulter- und Nackenbereich wirkten sich Stehen und (mehrfach) Laufen aus (vgl. Urk. 15 S. 1). Betreffend die Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit hätten sich keine Einschränkungen feststellen lassen (vgl. Urk. 15 S. 2).

Die lange Schmerzgeschichte, der Streit mit der Haftpflichtversicherung und die daraus resultierenden Existenzängste machten dem Patient, der mittlerweile unter einer - gegenwärtig leichten - depressiven Episode leide, schwer zu schaffen (vgl. Urk. 15 S. 2).

In formellrechtlicher Hinsicht rügt der Beschwerdeführer zunächst, die SUVA habe die Begründungspflicht verletzt, indem sie - ohne den medizinischen Sachverhalt vorgängig im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung abgeklärt zu haben - in ihrer Verfügung vom 4. Oktober 2006 (Urk. 12/87) nicht darlege, weshalb sie vom Fehlen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 23. Mai 2004 und den persistierenden Beschwerden ausgegangen sei (vgl. Beschwerdeschrift, Urk. 1 S. 3 f.). Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) verankerte Grundsatz des rechtlichen Gehörs verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid Betroffenen tatsächlich hört, sorgfältig und ernsthaft prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Daraus folgt die grundsätzliche Pflicht der Behörden, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und der betroffenen Person ermöglichen, die Verfügung oder den Gerichtsentscheid gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. Demnach müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihre Verfügung beziehungsweise ihr

Urteil stützt; dabei kann sie sich indes auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. Juli 2004, U 19/04 Erw. 1.1 und 1.2 mit Hinweisen).

Die Rüge der unzureichenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts (vgl. Urk. 1 S. 4) beschließt die materielle Richtigkeit des Entscheids der SUVA, weshalb sich weitere Erörterungen hiezu an dieser Stelle erübrigen. Sodann gab die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 4. Oktober 2006 (Urk. 11/142) - wenn auch ohne detailliertere Begründung - explizit an, die Leistungen im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 25. Mai 2004 [richtig: 23. Mai 2004] wegen des Fehlens adäquat kausaler Unfallfolgen einzustellen (vgl. Urk. 11/142 S. 3). Damit war es dem Beschwerdeführer durchaus möglich, den fraglichen Entscheid sachgerecht anzufechten, was er denn in der Folge mit seiner Einsprache vom 6. November 2006 auch tat (vgl. Urk. 12/91 S. 3), worauf sich die SUVA am 19. März 2008 eingehend zu den einzelnen für die Adäquanzbeurteilung bedeutsamen Punkten (vgl. Einspracheentscheid, Urk. 2 S. 8 ff.) äusserte. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs hätte damit - wenn überhaupt gegeben - als im Rahmen des Einspracheverfahrens geheilt zu gelten. Keine Verletzung der Begründungspflicht liegt auch im Umstand, dass Dr. Z., auf dessen Beurteilung vom 8. März 2006 (Urk. 12/68) die SUVA hinsichtlich der Verweigerung einer Integritätsentschädigung verwies (vgl. Urk. 2 S. 13 f.), unter dem Titel Integritätsentschädigung (Ziffer 5.3 des Berichts betreffend die abschliessende Untersuchung, Urk. 12/68 S. 5) lediglich anmerkte, es liege keine unfallbedingte Integritätsseinbusse in entschädigungspflichtigem Ausmass vor (vgl. Urk. 1 S. 7), handelt es sich dabei doch um die Schlussfolgerung aus seinen diesem Text vorangehenden - einleuchtend begründeten - Überlegungen (vgl. Urk. 12/68 S. 3 f.).

E. 5

5.1 Materiellrechtlich geht in Bezug auf die am 5. Juni 2001 zugezogene linksseitige Handverletzung aus den medizinischen Akten übereinstimmend hervor, dass die Metakarpalefrakturen in der Folge unter konservativer Therapie wieder verheilten und auch der Morbus Sudeck, der den Heilungsverlauf verzögerte, bis zum Fallabschluss wieder - zumindest weitestgehend - abgeklungen war (vgl. Urk. 11/22, Urk. 11/28 S. 2, Urk. 11/42, Urk. 11/57, Anhang zu Urk. 11/60, Urk. 11/67 S. 3, Urk. 11/20/1 S. 16 f.).

5.2 Die umfassenden Untersuchungen, die im Laufe der Zeit durchgeführt wurden, um die Ursache der vom Beschwerdeführer dennoch weiterhin geklagten massiven Beschwerden zu eruieren, ergaben - auch mit den am 21. April 2005 differentialdiagnostisch festgestellten Bandrissen (vgl. Urk. 11/85) - keine objektivierbaren organischen Befunde, aus denen eine nennenswerte Funktionseinschränkung resultierte (vgl. Urk. 11/38 S. 2, Urk. 11/42 S. 1, Anhänge 1 und 2 zu Urk. 11/60, Urk. 20/2 S. 1 f.). Im Gegenteil wiesen die Ärzte schon bald nach dem Unfall auf ein erfreuliches funktionelles Resultat (vgl. Bericht Spital A. vom 7. Februar 2002, Urk. 11/22), eine angesichts der freien Beweglichkeit und der sehr guten Kraft kaum noch eingeschränkte Funktion der Hand (vgl. Berichte Kantonsspital V. vom 19. August 2002 [Urk. 11/28 S. 2] und vom 15. April 2003 [Urk. 11/42 S. 1], Austrittsbericht Rehaklinik Y. vom 2. Dezember 2004 [Urk. 11/67 S. 3]) hin und legten dem Beschwerdeführer dringend nahe, seine Hand nun - auch für manuell belastende Tätigkeiten - wieder zu gebrauchen (vgl. Bericht Spital A. vom 7. Februar 2002 [Urk. 11/22], Bericht Kantonsspital V. vom 19. August 2002 [Urk. 11/28 S. 2]). Dass dem Beschwerdeführer trotzdem

Dr. C.____ vom 20. November 2005 [Urk. 12/62] und vom 11. Dezember 2005 [Urk. 12/63], Bericht Dr. Z.____ vom 8. März 2006 [Urk. 12/68 S. 4], Bericht Spital A.____ vom 27. März 2006 [Urk. 12/69 S. 1], Bericht Klinik S.____ vom 8. Mai 2006 [Urk. 12/74 S. 1]). So gingen Dr. Z.____ und Dr. C.____ denn auch explizit vom Erreichen eines Dauer- (vgl. Bericht Dr. Z.____ vom 8. März 2006 [Urk. 12/68 S. 4]) beziehungsweise eines chronischen Endzustands (vgl. Bericht Dr. C.____ vom 13. Oktober 2007 [Urk. 3/2]) aus. Von einem verfrühten Fallabschluss (vgl. hierzu Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 3 und 4) ist - wie der Beschwerdeführer schliesslich zu Recht anerkannte (vgl. Urk. 1 S. 4) - demnach nicht auszugehen.

6.4. Die Auffahrkollision vom 23. Mai 2004, bei der ein nachfolgender Personenwagen ins Heck des stehenden Autos, in dem sich der Beschwerdeführer als Beifahrer befand, geschoben wurde (vgl. Polizeirapport, Urk. 12/32), wobei dieses - ohne dass der Airbag ausgelöst wurde (vgl. Urk. 12/15 S. 2) - eine unter- oder innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h liegende kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) erfuhr (vgl. biomechanische Kurzbeurteilung vom 27. Oktober 2004, Anhang zu Urk. 39 S. 2) und einen Schaden in der Höhe von Fr. 3'508.30 erlitt (vgl. Urk. 12/28 S. 3), ist - entsprechend der Rechtsprechung in vergleichbaren Fällen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 8C_304/2008 Erw. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen) - als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer am 2. August 2004 auf die Frage nach seiner Sitzposition im Zeitpunkt der Kollision angab, mit aufrechtem Oberkörper und nach vorne gerichtetem Blick im Auto gesessen zu haben (vgl. Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen, Urk. 12/15 S. 2), kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer nach links abgedrehten Kopfhaltung, wie sie in späteren Arztberichten dokumentiert (vgl. Austrittsbericht Rehaklinik Y.____ vom 2. Dezember 2004 [Urk. 12/36 S. 6], Bericht Klinik S.____ vom 17. März 2006 [Anhang zu Urk. 12/69 S. 1] und beschwerdeweise behauptet wurde (vgl. Urk. 1 S. 4), ausgegangen werden (betreffend den Beweiswert der "Aussage der ersten Stunde" vgl. BGE 121 V 47 Erw. 2a und BGE 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis). Insofern kann auch offen bleiben, ob dieser Gesichtspunkt - gegebenenfalls - nicht ausschliesslich beim Adäquanzkriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung zu berücksichtigen wäre (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 8C_304/2008 Erw. 5.1 in fine).

In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer von der sich tagsüber auf einer Innerortsstrasse ereignenden und - abgesehen von der Beifahrerin des nachfolgenden Fahrzeugs, die sich eine Nackenprellung zuzog - keine weiteren Verletzten fordernden (vgl. Polizeirapport, Urk. 12/32) Kollision überrascht wurde, kann, auch wenn die Einlieferung ins Universitätsspital T.____ durch die Ambulanz erfolgte (vgl. Urk. 1 S. 4), von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls keine Rede sein. Ohne Weiteres zu verneinen ist - mangels entsprechender Anhaltspunkte in den Akten - auch das Vorliegen einer ärztlichen Fehlbehandlung.

Da die für das Schleudertrauma typischen Beschwerden nicht in besonders schwerer (mithin das bei derartigen Verletzungen übliche Mass deutlich übertreffender Weise) auftraten und der Beschwerdeführer, der keine wesentliche HWS-Verschädigung aufwies, sich mit der BWS-Distorsion auch keine erhebliche zusätzliche Läsion zuzog, ist das unfallbezogene Merkmal der Schwere oder

besonderen Art der erlittenen Verletzung zu negieren (vgl. Urk. 1 S. 5). Daran änderte im Übrigen auch nichts, wenn er - entgegen seinen ursprünglichen Schilderungen (vgl. Urk. 12/15 S. 2) - im Kollisionszeitpunkt den Kopf in leichter Rotationsstellung nach links (vgl. Bericht Klinik S. ___ vom 17. März 2006, Anhang zu Urk. 12/69 S. 1) gehalten hätte (vgl. hierzu etwa Urteile des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 8C_304/2008 Erw. 5.2.1, und vom 25. Januar 2008, U 56/07 Erw. 6.2.3 und 6.2.4).

Was das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung anbelangt, ist für dessen Bejahung eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung erforderlich. Eine Therapiebedürftigkeit von zwei bis drei Jahren nach einem HWS-Schleudertrauma respektive einer diesem äquivalenten Verletzung ist durchaus üblich. Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Sodann kommt Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07 Erw. 6.3.1 mit Hinweisen). Nebst einem - auch im Hinblick auf die Behandlung der Verletzung der linken Hand erfolgten (vgl. Urk. 12/23, Urk. 12/24) - stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Y. ___ vom 27. Oktober bis 24. November 2004 (vgl. Urk. 12/36) unterzog sich der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion im Wesentlichen medikamentösen (ab dem 8. Mai 2006 teilweise auch in Form von Infiltrationen [vgl. Urk. 12/74, Urk. 12/81 S. 1, Urk. 3/2]) sowie physikalischen Massnahmen beziehungsweise einer MTT und absolvierte ein Heimprogramm (vgl. Urk. 12/2, Urk. 12/18, Urk. 12/36 S. 2, Urk. 12/49 S. 2, Urk. 12/50 S. 3, Urk. 12/81 S. 1, Urk. 3/2). Von einer aus der ärztlichen Behandlung zwischen dem Unfall vom 23. Mai 2004 und der per 30. April 2006 (und damit auf einen noch vor Beginn der Infiltrationen liegenden Zeitpunkt [vgl. Urk. 1 S. 5]) resultierenden Leistungseinstellung resultierenden erheblichen Mehrbelastung kann damit nicht gesprochen werden.

Ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor. So unterscheidet sich die gesundheitliche Entwicklung nach dem Unfall nicht wesentlich von dem bei einer HWS-Distorsion üblichen, und besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt hätten, liegen keine vor. Daran ändert auch der Umstand, dass die Beschwerden trotz der durchgeführten Behandlungen persistierten (vgl. Urk. 1 S. 5), nichts (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 8C_304/2008 Erw. 5.2.1 in fine mit Hinweisen).

Während eine Häufung angesichts der zwei verbleibenden Kriterien von vornherein ausser Betracht fällt, sind diese aufgrund der konkreten Umstände auch nicht in ausgeprägter Form erfüllt. So übertreffen die infolge der Auffahrkollision aufgetretenen Schmerzen und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen das bei einer HWS-Distorsion übliche nicht in einem Masse, dass das Kriterium der erheblichen Beschwerden als in auffälliger Weise erfüllt erschiene. Entsprechendes gilt auch in Bezug auf das Merkmal der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass bei der Beurteilung dieses Kriteriums - auch wenn der Beschwerdeführer als Inhaber des eigenen Geschäfts aus nachvollziehbaren Gründen kaum ein Interesse an der Aufgabe seiner bisherigen Tätigkeit haben dürfte - nicht nur die Arbeitsfähigkeit in der angestammten, sondern

auch diejenige in einer leidensangepassten Tätigkeit bedeutsam ist (vgl. Urk. 1 S. 6; BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). In einer seinen im Zusammenhang mit dem fraglichen Verkehrsunfall stehenden Einschränkungen angemessen Rechnung tragenden Tätigkeit wurde dem Beschwerdeführer indes von Dr. Z. ___ am 8. März 2006 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 12/68 S. 4 f.) und von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts U. ___ - bereits ab dem Datum des Unfalls - am 27. August 2008 immerhin eine 76%ige (bei zu 80 % durch die Auffahrkollision bedingter insgesamt 30%iger Arbeitsunfähigkeit [vgl. Urk. 20/2 S. 2]) Restarbeitsfähigkeit bescheinigt.

6.5 Angesichts des Umstands, dass nach dem Gesagten höchstens zwei der relevanten Kriterien in geringer Ausprägung erfüllt sind, hat die SUVA den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 23. Mai 2004 und den über den 30. April 2006 hinaus persistierenden Beschwerden zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich demnach auch in diesem Punkt als unbegründet.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hermann Rieg, unter Beilage eines Doppels von Urk. 23

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- Helsana Versicherungen AG

- 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.