

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00144 vom 17. August 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00144

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00144 du 17 août 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00144 del 17 agosto 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen liess X. durch Rechtsanwältin Ammann am 28. April 2008 Beschwerde erheben und beantragen, der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 25. Juni 2005 und der heute nach wie vor bestehenden Arbeitsunfähigkeit sei zu bejahen, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Unfalltaggeld, Heilungskosten, Invalidenrente, Integritätsentschädigung) auszurichten (Urk. 1).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Mathias Birrer, am 17. Juli 2008 um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte (Urk. 10 unter Beilage von Urk. 11 sowie ihrer Akten, Urk. 12/1-171), wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 4. August 2008 (Urk. 13) geschlossen.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hatte unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung bei Schleudertraumafällen die Adäquanz der noch geltend gemachten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden verneint (Urk. 2 S. 8; Urk. 10 S. 10).

1.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer vorbringen, von den rechtsprechungsgemäss geforderten Kriterien seien jenes der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung, der fortgesetzt spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen sowie des erheblichen Grades der Arbeitsunfähigkeit erfüllt (Urk. 1 S. 11).

2.

2.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung

abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2.2.1 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 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).

2.3.1 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).

E. 2.4

2.4.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.4.2.1 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).

2.5 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt

vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Unfallereignisses vom 25. Juni 2005 über den Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin auf den 1. Januar 2008 festgesetzten Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2 Die erstbehandelnden Ärzte der A.____ erhoben am 25. Juni 2005 (Bericht vom 21. Juli 2005, Urk. 12/8) eine Druck- und Klopfdolenz über der ganzen HWS, BWS und LWS. Die Sensibilität, Motorik und Zirkulation waren intakt, ossäre Läsionen fehlten. Als Diagnose führten die Ärzte eine HWS-Distorsion sowie BWS- und LWS-Kontusionen auf, welche mittels Analgesie therapiert würden. Der Beschwerdeführer sei voraussichtlich bis zum 28. Juni 2005 zu 100 % arbeitsunfähig.

3.3 Dr. B.____ berichtete am 11. Juli 2005 (Urk. 12/4), der Beschwerdeführer habe sofort nach dem Unfallereignis Kopfschmerzen und Schwindel verspürt und während etwa fünf Tagen eine Halskrause getragen. Trotz dem Beginn mit physiotherapeutischen Massnahmen am 1. Juli 2005 seien die Beschwerden unverändert.

3.4 Anlässlich eines Gespräches mit der Beschwerdegegnerin am 10. August 2005 (Urk. 12/10) führte der Beschwerdeführer aus, er leide nicht mehr täglich an Kopfschmerzen. Auch der Schwindel trete nicht täglich auf und sei im normalen Umgang kein Problem. Sturzgefahr bestehe jeweils nicht und das Problem sei leicht abnehmend. Ferner hätten sich die Rückenbeschwerden wesentlich zurückgebildet. Demgegenüber sei die Schmerzausstrahlung vom Nacken in die beiden Schultern mehr oder weniger unverändert, wobei die Beschwerden rechts stärker seien. Gefühlsstörungen an Armen und Händen würden nur nachts auftreten, wobei auch hier klar eine Verbesserung festzustellen sei (Urk. 12/10 S. 3). In Bezug auf einen allfälligen Vorzustand gab der Beschwerdeführer an, vor dem Unfall nur ab und zu Kopfschmerzen - aber von anderer Art - verspürt zu haben. Schwindel habe er früher nicht gekannt. Indes seien gewisse Rückenbeschwerden vor allem im Kreuzbereich schon früher ab und zu aufgetreten. Damals habe man auch eine Röntgenuntersuchung gemacht und ihm erklärt, es handle sich um ein muskuläres Problem. Im Weiteren seien vor etwa zwei Jahren Schulterbeschwerden rechts aufgetreten, die jedoch mittels Physiotherapie vollständig verschwunden seien. Er könne nicht ganz ausschliessen, dass vor dem Unfallereignis noch keine Gefühlsstörungen an Armen und Händen aufgetreten seien (Urk. 12/10 S. 4).

3.5

3.5.1 Dr. C.____ diagnostizierte mit Bericht vom 30. August 2005 (Urk. 12/12) ein cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion (25.6.2005), statischer Haltungsinsuffizienz mit langbogiger BWS-Kyphosierung und sekundärer Kopf- und Schulterprotraktion. Der Beschwerdeführer habe angegeben, sofort nach dem Unfallereignis sehr intensive Nackenschmerzen und Schwindel verspürt zu haben. Aktuell klage er über Schmerzen im HWS-Schultergrtelbereich, welche auch occipital ausstrahlen könnten. Bei kraftfordernden physischen Aktivten komme es zu einer Exacerbation der Schmerzen. Der Arzt erhob eine Haltungsinsuffizienz mit

kyphotischer Globalhaltung beim Sitzen und dadurch ventralisiertem Kopf und protrahiertem Schultergürtel. Die HWS sei in Anteflexion und Extension um jeweils zwei Drittel, in Rechts- und Linksrotation um einen Drittel eingeschränkt mit weichem Endgefühl. Cervical hätten keine Besonderheiten erkannt werden können. Die obere Trapez-Portion sei etwas verspannt. Dr. C.____ notierte, es bestehe ein subjektiv invalidisierendes cervicocephales Schmerzsyndrom. Anhaltende, starke Beschwerden hätten den Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch bereits nach eineinhalb Tagen abbrechen lassen. Der Arzt hielt weiter fest, im Gegensatz zu den geäußerten Beschwerden seien abgesehen von einer konstitutionellen Haltungsinsuffizienz keine relevanten Statusauffälligkeiten zu erheben gewesen. Insbesondere ergäben sich im Vergleich zum Vorbefund im März 2004 keine relevanten Abweichungen. Er erachtete Massnahmen zur Förderung der Eigenverantwortung als ausserordentlich wichtig, da Coping-Mechanismen nur in beschränkter Masse vorhanden seien und Selbsthilfestrategien weitgehend fehlten. Ein zielgerichtetes physiotherapeutisches Management sei (bei einer Arbeitsunfähigkeit von noch immer 100 %) von Nutzen (Urk. 12/12 S. 2).

3.5.2 Mit Bericht vom 15. März 2004 (Urk. 12/31b) hatte Dr. C.____ cervico- und thorakospondylogene Schmerzen bei deutlicher cervico-thorakaler Fehllhaltung, Funktionsstörungen im unteren HWS-Abschnitt rechts, myofascialer Überbelastung der oberen Trapez-Portion und des Levator scapulae beidseits sowie leichten degenerativen Veränderungen und einem Verdacht auf einen abgelaufenen Scheuermann der BWS diagnostiziert. Der Beschwerdeführer hatte angegeben, zur Hauptsache entlang dem rechten Trapez- oder/und der rechten Schulter Schmerzen zu verspüren, welche sich vor allem bei Überkopfarbeiten bemerkbar machten. Gelegentlich kämen Einschlafparästhesien der Finger IV und V hinzu. Dr. C.____ hatte im Weiteren notiert, es bestehe eine deutliche Protraktion des Kopfes und Schultergürtels bei weitgehend fixierter thorakaler Hyperkyphose. Die segmentale Untersuchung habe eine multisegmentale Funktionsstörung der unteren HWS und als Folge einer verminderten Stabilisationsfähigkeit eine kompensatorische Tonuserhöhung rechts betont im Bereich der Trapez- und Levator-Muskulatur ergeben. Bildgebend hätten sich vor allem am Kyphosescheitel der BWS gewisse degenerative Veränderungen gezeigt. Zusätzlich hätten sich leichte Unregelmässigkeiten der Boden- und Deckplatten ergeben, welche vermutlich residuellen Veränderungen nach abgelaufenem Morbus Scheuermann entsprechen.

3.6 Die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik ermittelte in ihrer biomechanischen Triage vom 7. Oktober 2005 (Urk. 12/21) eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung für das Fahrzeug des Beschwerdeführers von unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10 bis 15 km/h. Biomechanisch relevante Besonderheiten seien nicht aktenkundig, weshalb aufgrund der technischen Triage und den medizinischen Unterlagen die geklagten Beschwerden und festgestellten Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar seien (Urk. 12/21 S. 4).

3.7 Zu Händen Dr. C.____ hielt Dr. B.____ am 24. Oktober 2005 (Urk. 12/22) fest, die linksseitigen Beschwerden, inklusive Nackenverspannung seien völlig verschwunden. Demgegenüber seien die rechtsseitige Nackenverspannung, Cephalgia und Brachialgia andauernd, vor allem bei einer Elevation über 90 Grad.

3.8 Nach neurologischer Untersuchung am 8. November 2005 (Urk. 12/30) notierte Dr. D. ____, beim Beschwerdeführer bestehe ein cervicales Schmerzsyndrom mit tendinomyogenem Charakter bei Status nach Heckauffahrkollision am 25. Juni 2005 mit cervicocephalem Beschleunigungstrauma. Neben den rechtsseitigen Beschwerden habe der Beschwerdeführer auch von gelegentlichem Kribbel- und Schwellungsgefühl in beiden Händen, auftretend nachts, geklagt. Tagsüber komme es nicht zu Gefühlsstörungen. Der Neurologe führte aus, die Trophik im Schultergürtel, an beiden Armen, Händen sowie auch an den Beinen sei sehr gut erhalten. Im Schulter-, Ellbogen-, Hand- und allen Fingergelenken seien kräftige Bewegungen möglich, insbesondere auch rechts. Auch wiederholte Prüfungen hatten an Armen und Händen keine sensiblen Ausfälle objektiviert. Die passiv forcierte HWS-Reklination führte zu lokalen Schmerzen cervical. Im Trapezius, der lateralen Zervikalmuskulatur rechts sowie im Supraspinatus-Bereich seien massig druckdolente Myogelosen festzustellen gewesen, wobei diese Muskeln bei aktiven Bewegungen auch als schmerzhaft bezeichnet worden seien. Dr. D. ____, erklärte, aus neurologischer Sicht liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Insbesondere bestanden keine Hinweise für eine radikuläre, plexogene oder peripher-neurogene Läsion oder auch nur Reizsymptomatik im cervicalen bzw. Schultergürtelbereich. Demzufolge bleibe aus seiner Sicht ein tendinomyogenes Schmerzsyndrom cervicolateral sowie im Schultergürtel rechts. Der Arzt bezeichnete ein langsam aufbauendes und vor allem aktives Training als wünschenswert (Urk. 12/30 S. 2).

3.9 Anlässlich einer Besprechung beim Arbeitgeber am 15. November 2005 (Urk. 12/26) bestätigte der Beschwerdeführer, dass es linksseitig zur Beschwerdefreiheit gekommen sei, während die rechtsseitigen Beschwerden im Nackenbereich mit Ausstrahlung in die rechte Schulter persistierten und sich bei Belastung verstärkten. Die Kopfschmerzen seien ebenfalls viel geringer geworden, würden aber jeweils noch nach der Therapie auftreten. Die Kopfschmerzen seien aber kein eigentliches Problem, träten nicht mehr häufig auf und beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Die Kopfbeweglichkeit sei soweit wieder uneingeschränkt, zu Schwindelbeschwerden sei es nicht mehr gekommen. Die Nackenbeschwerden im mittleren Nackenbereich hätten sich ebenso wie die Gefühlsstörung wieder vollständig zurückgebildet. Schmerzmittel nehme er keine mehr ein. Er verwende lediglich noch Perskindol, um sich den Nacken einzureiben. Statt eine spezielle Trainingstherapie am Spital F. ____, aufzunehmen, habe Dr. C. ____, die Wiederaufnahme der Arbeit als besser erachtet, weshalb er ihn ab dem 15. November 2005 für leichte Arbeiten halbtags zu 25 % arbeitsfähig geschrieben habe.

Anlässlich des Überweisungsschreibens an das Spital F. ____, notierte Dr. C. ____, am 5. Dezember 2005 (Urk. 12/31), ein Arbeitsversuch habe schon nach kurzer Zeit zu einer deutlichen Zunahme und Ausweitung der Schmerzsymptomatik geführt. Aus eigenem Antrieb habe der Beschwerdeführer schon nach 10 Tagen die Arbeit wieder niedergelegt.

3.10 Kreisarzt-Stellvertreter Dr. E. ____, erhob anlässlich der Untersuchung vom 12. Januar 2006 (Urk. 12/35), abgesehen von radiologisch visualisierten leichten degenerativen Veränderungen in der BWS, unauffällige Verhältnisse am ganzen Achsenskelett. Insbesondere fehlten nachweisbare posttraumatische Alterationen (Urk. 12/35 S. 2). Er hielt dafür, dass der aktuelle Befund klinisch minimal sei und sich auf eine massige

Tonuserhöhung der Nacken-Schultermuskulatur rechtsbetont beschränke. Eine Bewegungseinschränkung der HWS und der Kopf- und Schultergelenke bestehe nicht. Aufgrund des klinischen Befundes falle es schwer, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Dennoch seien Arbeitsversuche infolge subjektiver Angabe von zunehmenden Schmerzen gescheitert. Da es darum gehe, den Beschwerdeführer raschest möglich wieder in den Arbeitsprozess zurückzubringen, befürworte er eine intensive, arbeitsbezogene Rehabilitation am F. ____, so wie dies vorgeschlagen worden sei. Sobald ein Zumutbarkeitsprofil formuliert werden könne, welches mit den klinischen Gegebenheiten korreliere, sei die Arbeitsleistung entsprechend zu steigern und der Fall gelegentlich abzuschliessen (Urk. 12/35 S. 3).

3.11 Bei einer erneuten Besprechung mit dem Arbeitgeber erklärte der Beschwerdeführer am 26. Januar 2006 (Urk. 12/36), die rechtseitigen Nackenbeschwerden seien seit einigen Wochen praktisch unverändert. Schmerzmittel nehme er keine mehr ein. Mefenacid, welches er jeweils eingenommen habe, habe eigentlich keine Wirkung gezeigt. Zumindest vorübergehend erreiche er mit der Applikation und dem Einreiben von Perskindol im rechten Nacken-Schulterbereich eine gewisse Linderung. Eine Therapie finde derzeit nicht statt, Termine bei Dr. B. ____, seien keine vereinbart. Ab und zu gehe er ins Schwimmbad.

3.12 Mit dem Arbeitgeber wurde vereinbart, dass der Beschwerdeführer parallel zum Therapieprogramm am Spital F. ____, ab dem 6. Februar 2006 seine Tätigkeit im Sinne eines therapeutischen Einsatzes wieder aufnehmen (Urk. 12/36 S. 2).

3.12 Am 3. Februar 2006 (Urk. 12/37) teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit, er könne nicht wie vorgesehen am 6. Februar 2006 die Arbeit aufnehmen. Dies daher, weil er seine Frau, welche bekanntlich Probleme mit der zweiten Schwangerschaft habe, ins Krankenhaus bringen müsse. Aufgrund eines Todesfalles in der Familie war der Beschwerdeführer sodann ab dem 13. Februar 2006 während einer Woche abwesend (Urk. 12/44). Am 1. März 2006 (Urk. 12/49) teilte der Beschwerdeführer mit, zwar arbeite er, es gehe aber nicht so gut, da es schwierig sei, mit diesen Schmerzen zu arbeiten. Telefonisch machte die Ehefrau des Beschwerdeführers am 7. März 2006 (Urk. 12/52) aktenkundig, dieser habe einen Schwindelanfall erlitten und habe nicht mehr richtig sprechen können. Dr. B. ____, habe ein Zeugnis mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit bis zum 14. März 2006 ausgestellt. Nach einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. März 2006 (Urk. 12/58) war die Aufnahme der Tätigkeit auf den 3. April 2006 und sodann am 5. April 2006 der Beginn der Trainingstherapie am Spital F. ____, vorgesehen (Urk. 12/63).

3.13 Mit Bericht vom 31. März 2006 (Urk. 12/62) hielt Dr. C. ____, dafür, die gesamte Schmerzsymptomatik lasse sich vom rheumatologischen Gesichtspunkt aus mit den bestehenden und mehrheitlich konstitutionell klinischen Befunden nicht mehr in Einklang bringen. Seiner Ansicht zufolge mehrten sich die Zeichen dafür, dass eine erhebliche psychische beziehungsweise psychosomatische Fehlverarbeitung der erlittenen Unfallfolgen stattfinde.

3.14 Nachdem der Beschwerdeführer aufgrund einer Bronchitis vom 28. April bis zum 8. Mai 2006 krankheitshalber nicht gearbeitet hatte (Urk. 12/70), machte er am 16. Mai 2006 (Urk. 12/71) sehr grosse Schmerzen geltend, weshalb ihm die Arbeit am Nachmittag nicht mehr möglich sei. Er wolle ein MRI machen lassen und gehe daher noch am

gleichen Tag zu Dr. B.____.

3.15Â Â Am 24. Mai 2006 (Urk. 12/75) gab der BeschwerdefÃ¼hrer telefonisch bekannt, dass von der ABR-Therapie am Spital F.____ - da diese zu streng sei - kein Erfolg mehr zu erwarten sei, weshalb diese per 31. Mai 2006 beendet werde. Das Spital F.____ ging vom 5. Juni bis zum 2. Juli 2006 von einer ArbeitsfÃ¤higkeit von 50 % aus, danach sei eine Steigerung auf 75 % geplant (Urk. 12/78). Weitere (therapeutische) Massnahmen oder AbklÃ¤rungen erÃ¼brigten sich (Urk. 12/79).

3.16Â Â Eine MRI-Untersuchung am 31. Mai 2006 (Urk. 12/82 S. 2) der LWS ergab neben einer leicht linkskonvexen Skoliosehaltung weitgehend unauffÃ¤llige VerhÃ¤ltnisse. Hinweise auf eine Kompression neuraler Strukturen fehlten.

Â Â Â Â Â Â Â Â Die gleichentags erfolgte MRI-Untersuchung der HWS lieferte ebenso keine Hinweise auf eine Kompression neuraler Strukturen bei normal weitem Spinalkanal und auf allen Niveau durchgÃ¤ngigen Neuroforamina. Zu erkennen waren demgegenÃ¼ber eine leichte anteriore Deckplatten-Impression C5 sowie beginnende Ausziehungen bei C6, wobei der Bericht die Bemerkung enthielt, die Deckplatten-Impression kÃ¶nnte allenfalls posttraumatischer Natur sein. Hinweise auf eine segmentale InstabilitÃ¤t bei verminderter Beweglichkeit ergaben sich keine (Urk. 12/82 S. 1).

3.17Â Â Dr. B.____ berichtete am 12. Juni 2006 (Urk. 12/83) zu HÃ¤nden des FMRI-Zentrums O.____, der BeschwerdefÃ¼hrer klage Ã¼ber unverÃ¤nderte, bei AusÃ¼bung der TÃ¤tigkeit Ã¼ber SchulterhÃ¶he eher zunehmende Schmerzen. Diese wÃ¼rden zwar durch eine muskulÃ¤re Dekonditionierung erklÃ¤rt, was der BeschwerdefÃ¼hrer indes nicht glauben wolle, da trotz seinen ehrlichen BemÃ¼hungen keine Besserung aufgetreten sei. Nachdem das MRI vom 31. Mai 2006 doch unklare pathologische Befunde gezeigt habe, habe sie wieder eine ArbeitsunfÃ¤higkeit von 100 % attestiert. Auf Anraten der AnwÃ¤ltin des BeschwerdefÃ¼hrers sowie des Schleudertraumaverbandes wolle sie ein funktionelles MRI durchfÃ¼hren lassen.

3.18Â Â Die arbeitsbezogene Rehabilitation (ABR) am Spital F.____ (Urk. 12/85), durchgefÃ¼hrt vom 5. bis zum 31. Mai 2006, unterbrochen infolge einer Bronchitis vom 28. April bis zum 9. Mai 2006, ergab, dass die Belastbarkeit des BeschwerdefÃ¼hrers allgemein im Bereich einer schweren Arbeit liegt. Die Ziele des Therapieprogrammes seien zum Teil erreicht worden, die Belastungstoleranz des SchultergÃ¼rtels sei teilweise gesteigert worden. Indes seien EinschrÃ¤nkungen verblieben, welche bei den statischen Tests und TÃ¤igkeiten Ã¼ber SchulterhÃ¶he nur teilweise mit funktionellen Beobachtungen nachvollziehbar seien. Aufgrund dieser Selbstlimitierung kÃ¶nne das noch bestehende arbeitsbezogene relevante Problem nicht schlÃ¼ssig beurteilt werden. Die Beschwerden und subjektive Behinderung des BeschwerdefÃ¼hrers kÃ¶nnten einer Steigerung des Arbeitspensums im Wege stehen (Urk. 12/85 S. 4). In Bezug auf die berufliche Eingliederung erachteten die Ã¤rzte des Spitals F.____ einen ganztÃ¤gigen Arbeitseinsatz als Gipser mit vermehrten Pausen und einer Belastungsreduktion, was einer ArbeitsfÃ¤higkeit von 50 % in der zuletzt ausgeÃ¼bten TÃ¤tigkeit entspreche, als zumutbar. Nach vier Wochen sei eine 75%ige ArbeitsfÃ¤higkeit anzustreben. In jeder anderen mittelschweren bis schweren Arbeit mit entsprechenden Gewichtslimiten bestehe eine vollstÃ¤ndige ArbeitsfÃ¤higkeit (Urk. 12/85 S. 13).

3.19Â Â Dr. G.____ fÃ¼hrte auf Zuweisung von Dr. B.____ am 15. und 16. Juni 2006 ein funktionelles MRI durch (Urk. 12/89). Mit Ausnahme von leicht verdickten, inhomogen und unscharf konturierten Liagamentae alaria, was Dr. G.____ als Zeichen einer Ãltern Teilruptur mit der mÃ¶glichen Folge einer InstabilitÃt der Kopfgelenke interpretierte, lieferte die Untersuchung keinen wesentlichen pathologischen Befund. ErgÃnzend erklÃrte der Arzt, die minimale HÃhlenminderung der HWK 5 und 6 kÃ¶nne posttraumatisch oder anlagebedingt sein. Und in einer Fussnote wies er darauf hin, dass es sich bei der durchgefÃ¼hrten Untersuchung um eine neue Technik handle, fÃ¼r welche derzeit wenige Erfahrungswerte vorliegen wÃ¼rden (Urk. 12/89 S. 2).

3.20Â Â Am 21. Juni 2006 (Urk. 12/86) gab der BeschwerdefÃ¼hrer an, am 6. Juni 2006 hÃtte er die Arbeit wie vorgesehen wieder aufnehmen sollen. Er habe aber sofort wieder grÃ¶ssere Beschwerden verspÃ¼rt. Noch gleichentags habe ihn Dr. B.____ zu 100 % arbeitsunfÃhig geschrieben. Der BeschwerdefÃ¼hrer erklÃrte, dass er wohl - hÃtte er nur leichte Arbeiten verrichten kÃ¶nnen - ganztags hÃtte arbeiten kÃ¶nnen. Gipserarbeiten hÃtte er aber nicht mehr verrichten kÃ¶nnen (Urk. 12/86 S. 2).

3.21Â Â Am 11. Juli 2006 erklÃrte Kreisarzt-Stellvertreter Dr. E.____ (Urk. 12/96), als Hauptentscheidungsparameter seien die Resultate des ABR-Programmes zu verwenden, entscheide doch die klinische Beobachtung unter Arbeitsbedingungen am ehesten Ã¼ber die Zumutbarkeit von Belastungen. Er halte dafÃ¼r, den Fall definitiv und mit einer weitgehend vollen ArbeitsfÃhigkeit abzuschliessen, woran der Bericht von Dr. G.____ nichts zu Ãndern vermÃ¶ge.

3.22Â Â Auf Ersuchen von Dr. E.____ erstattete Versicherungsmediziner Dr. H.____ am 25. August 2006 eine Ãrztliche Beurteilung (Urk. 12/103). Dieser fÃ¼hrte aus, er habe die zur VerfÃ¼gung stehenden 23 Bilder zusammen mit seinem Fachkollegen Dr. J.____ angeschaut. Aufgrund welcher Merkmale und im Vergleich zu welchen Referenzwerten Dr. G.____ die Ligamenta alaria als verdickt eingestuft habe, gehe aus seinen AusfÃ¼hrungen nicht hervor. Zudem existierten (in der Fachliteratur) nur wenige Daten zu Normalbefunden respektive zu Normvarianten oder klinisch unbedeutenden VerÃnderungen an den Ligamenta alaria. Er und Dr. J.____ seien daher zur Auffassung gelangt, dass das vorliegende Bildmaterial nichts Ã¼ber die Morphologie und ganz besonders nichts Ã¼ber allfÃllige posttraumatische oder anderweitige abnorme VerÃnderungen der Ligamenta alaria aussage. Unter Verweis auf eine Studie hielt Dr. H.____ fest, strukturelle VerÃnderungen an den Ligamenta alaria seien auch bei asymptomatischen Probanden hÃufig, womit die Relevanz solcher Befunde sehr limitiert sei (Urk. 12/103 S. 2). Selbst Befunde neuerer Studien seien nicht mit Referenzwerten bzw. Normvarianten und Befunden bei asymptomatischen Probanden verglichen worden. Daher sei der diagnostische Wert der funktionellen MRI-Untersuchung der Ligamenta alaria zur Feststellung von Verletzungen derzeit nicht etabliert. VÃ¶llig ungeeignet sei die Methode bei der leichtesten Verletzung der HWS, nÃmlich bei der Ãblichen HWS-Distorsion nach einfachen Heckkollisionen. Diese hinterlasse keine LÃsionen, welche mit den heute zur VerfÃ¼gung stehenden Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden kÃ¶nnten. Untersuchungen hÃtten gezeigt, dass bei Niedrig-Geschwindigkeits-Kollisionen die Ligamenta alaria gar nicht verletzt wÃ¼rden. Es sei daher vÃ¶llig abwegig, eine neue, nicht validierte Untersuchungstechnik bei bisher nicht bekannten LÃsionen zu testen. Um ein Vielfaches sei es wahrscheinlicher, dass mit solchen Methoden Befunde erhoben wÃ¼rden, welche auch bei asymptomatischen Probanden bestÃnden. Habe im

vorliegenden Fall die personenbezogene Geschwindigkeitsänderung eher unter als über 10 km/h gelegen, so sei sehr fraglich, ob überhaupt strukturelle Läsionen hätten entstehen können (Urk. 12/103 S. 3). Was die von Dr. G.____ beschriebenen Formveränderungen des 5. und 6. Halswirbelkörpers betreffe, könnte es sich grundsätzlich um Folgezustände nach Kompressionsfrakturen handeln. Weit wahrscheinlicher sei jedoch das Vorliegen von Normvarianten, wie sie häufig an diesen Wirbelkörpern zu beobachten seien. Endlich sei die leichte Keilform von CWK5 und 6 bereits auf den Röntgenaufnahmen vom 25. Juni 2005 zu sehen, damit sicherlich vorbestehend und wahrscheinlich klinisch ohne jegliche Relevanz. Zur Frage der Leistungsfähigkeit verwies Dr. H.____ insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 11. Juli 2006 (Urk. 12/103 S. 4).

3.23. Anlässlich einer Besprechung vom 12. Oktober 2006 (Urk. 12/109 S. 2-3) mit dem Haftpflichtversicherer, der Zürich Versicherungs-Gesellschaft, gab der Beschwerdeführer an, den Halskragen von Dr. G.____ nicht getragen zu haben, da er ihn für unbequem befunden habe. Ins Schwimmbad gehe er nicht mehr, da er befürchte, seine Bandläsion könnte sich dadurch verschlimmern. Nach zweieinhalb bis drei Stunden Autofahren müsse er das Steuer seiner Frau überlassen. Einkaufen könne er, müsse jedoch die Türen manchmal abstellen.

3.24. Dr. G.____ berichtete am 19. Januar 2007 (Urk. 12/119), die Ruhigstellung mittels Halskragen habe keine wesentliche Linderung der Beschwerden gebracht. Daher habe er der Beschwerdegegnerin vorgeschlagen, den Beschwerdeführer im Schmerzzentrum K.____ anzumelden.

3.25. Dr. I.____, K.____, hielt mit Bericht vom 16. Mai 2007 (Urk. 12/136) fest, weder eine zweimalige Facettengelenksblockade (9. und 13. Februar 2007) noch eine HWS-Mobilisation in Narkose (15. März 2007) hätten zu einer - auch nicht vorübergehenden - Schmerzlinderung geführt. Der Beschwerdeführer klage weiterhin über Dauerschmerzen im gesamten Nacken-Schulterbereich und gebe an, bereits das Heben kleinster Gewichte (drei bis vier Liter Milch) führten zu einer raschen Beschwerdezunahme. Der Arzt erachtete weiterführende interventionelle schmerztherapeutische Massnahmen als nutzlos und empfahl einen Therapieversuch mittels Copingstrategie und Akupunktur.

3.26. Eine erneute MRI-Untersuchung der BWS und LWS vom 12. Juni 2006 durch Dr. med. L.____, Neuroradiologisches und Radiologisches Institut M.____, (Urk. 12/148), veranlasst von Dr. B.____, ergab, abgesehen von einer beginnenden Degeneration bei L4/5, ein unauffälliges, normales MRI der LWS. Im Brustbereich kamen die bekannte thorakale Hyperkyphose und ausgedehnte Scheuermannresiduen mit sekundären Degenerationen zur Darstellung. Eine kleine Vorwölbung dorsal der Bandscheibe Th7/8 entspreche wahrscheinlich einer Diskushernie, welche aber älter sei. Der Duralsack und das Myelon würden leicht komprimiert. Die medulläre Intensität sei unauffällig.

3.27. Dr. med. N.____, Allgemeine Medizin und Akupunktur/TCM (ASA), erklärte am 20. Oktober 2007 (Urk. 12/151), er habe mit dem Beschwerdeführer sieben Sitzungen durchgeführt. Da sich dabei nicht die geringste Verbesserung ergeben habe, habe er dem Beschwerdeführer empfohlen, die Behandlung abzubrechen. Erfahrungsgemäss komme es nämlich kaum vor, dass jemand auf die durchgeführte Therapie überhaupt nicht reagiere. Von einer Weiterführung der Behandlung sei daher keine Verbesserung mehr zu

erwarten.

E. 4

4.1 Vorab ist festzustellen, dass es mit Blick auf die medizinische Aktenlage zweifelhaft ist, ob der Beschwerdeführer bei Fallabschluss am 1. Januar 2008 noch an unfallkausalen Beschwerden litt. Bereits im August 2005 - also mithin knapp zwei Monate nach dem Unfallereignis vom 25. Juni 2005 - hatte der Beschwerdeführer in Bezug auf die Kopfschmerzen, den Schwindel, die Rückenbeschwerden und Gefühlsstörungen an Armen und Händen von einer klaren Verbesserung berichtet; demgegenüber sei die Schmerzausstrahlung vom Nacken unverändert, die Beschwerden rechts hätten sich verstärkt (Erw. 3.4). Dr. B. erklärte im Oktober 2005, die linksseitigen Beschwerden seien völlig verschwunden (Erw. 3.7), was der Beschwerdeführer im November 2005 bestätigte und zudem ausführte, die Kopfschmerzen stellten kein Problem dar und seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Außerdem gab er an, keine Schmerzmittel mehr zu benötigen (Erw. 3.9). Hatte Dr. C. nach dem Unfallereignis keinerlei relevante Abweichung zum Vorbefund im März 2004 - der Beschwerdeführer hatte hauptsächlich über Schmerzen entlang dem rechten Trapez und der rechten Schulter geklagt (Erw. 3.5.2) - finden können, hielt Dr. E. fest, aufgrund des klinischen Befundes falle es ihm schwer, eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (Erw. 3.10), verwendete der Beschwerdeführer auch im Januar 2006 keine Schmerzmittel mehr (Erw. 3.11), erachtete er es trotz Inanspruchnahme der Behandlung durch Dr. G. nicht für notwendig, den verordneten Halskragen zu tragen (Erw. 3.23), und steht seine Aussage, bereits das Heben von drei bis vier Litern Milch führe zur raschen Beschwerdezunahme im Widerspruch zu den im ABR ermittelten Resultaten (vgl. Urk. 12/85 S. 9), so drängt sich die Frage auf, ob es den weiter persistierenden Beschwerden nicht am natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis mangelt. Dies umso mehr, als psychosoziale (komplikationsreiche Schwangerschaft der Ehefrau, Tod des Schwiegervaters [Erw. 3.12]) und unfallfremde Faktoren (allergische Erkrankung) den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben offensichtlich erschwerten oder gar verhinderten (Erw. 3.12). Die Beantwortung der Frage kann indes offen bleiben, ist doch die Adäquanz der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 25. Juni 2005 - wie nachfolgend zu zeigen ist - ohnehin zu verneinen.

4.2 Die erstbehandelnden Ärzte fanden abgesehen von Druck- und Klopfdolenzen an der ganzen Wirbelsäule keinerlei Hinweise für ossäre Läsionen (Erw. 3.2). Der Rheumatologe C. konnte sodann keine relevanten Abweichungen zum Vorbefund vom März 2004 erheben (Erw. 3.5). Der neurologische Status erwies sich als unauffällig (Erw. 3.8). Und Dr. E. hielt schliesslich fest, nachweisbare posttraumatische Alterationen fehlten (Erw. 3.10). Endlich ergab ein MRI der LWS keinerlei pathologische Befunde, die Untersuchung der HWS lieferte - neben degenerativen Veränderungen - bloss eine mögliche posttraumatische Beteiligung, was den Anforderungen an den Beweisgrad (Erw. 2.5) nicht zu genügen vermag. Daran, dass folglich keine mit dem Unfall in Zusammenhang stehende organisch objektiv ausgewiesene Befunde erhoben wurden und demzufolge kein organisches Korrelat vorlag, ändert auch das von Dr. G. (Erw. 3.19) durchgeführt funktionelle MRI (fMRI) nichts. Einerseits legte Dr. H. ausführlich begründet und nachvollziehbar dar, weshalb die Methode des fMRI nicht geeignet ist, Verletzungen an der HWS zu belegen (Erw. 3.22). Andererseits wurde dieser Methode durch das Bundesgericht der Beweiswert zur Beurteilung der

Unfallkausalität abgesprochen und festgehalten, gestützt auf ein fMRI könnte insbesondere nicht geschlossen werden, bestehende Schmerzen seien auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen zurückzuführen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 26. August 2008, 8C_454/2007, Erw. 2.2.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ist demnach kein unfallbedingtes organisches Substrat objektivierbar und fassbar, so hat die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis nach oben in Erw. 2.4.2 zitierten, mit BGE 117 V 359 und mit BGE 134 V 109ff. weiterentwickelten Rechtsprechung zu erfolgen.

E. 4.3

4.3.1 Ä Ä Ausgangspunkt für die Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv fassbare) Unfallereignis, wobei abhängig von der Unfallschwere je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen sind (Erw. 2.4.2). Rechtsprechungsgemäss werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 15. Mai 2008, 8C_470/2007, Erw. 5.2). Vor dem Unfallereignis vom 25. Juni 2005 hielt der Beschwerdeführer an einem Fussgängerstreifen an. Der nachfolgende Personenwagen fuhr seinem Auto mangels Achtsamkeit ins Heck (Urk. 12/13), wofür ein Delta-v von unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10 bis 15 km/h ermittelt wurde (Erw. 3.6). Lag damit die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder gerade knapp im Bereich der Harmlosigkeitsgrenze für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden (Urk. 12/21 S. 3) und hatten die Experten dafür gehalten, die noch geklagten Beschwerden seien durch die Kollisionseinwirkung eher nicht erklärbar (Erw. 3.6), besteht keinerlei Anlass, von obgenannter Rechtsprechung abzuweichen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssten für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs demnach entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sein.

4.3.2 Ä Ä Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. 8 335 S. 207 E3b/cc; Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C_33/2008, Erw. 8.1). Dieses Kriterium ist hinsichtlich des Unfallereignisses vom 25. Juni 2006 nicht erfüllt und wurde vom Beschwerdeführer selber als wohl nicht erfüllt betrachtet (Urk. 1 S. 4).

4.3.3 Ä Ä Ebenso wenig ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung erfüllt, führt doch allein die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht zur Bejahung des Kriteriums (BGE 134 V 109), woran auch das aufliegende fMRI mangels Beweiswert (vgl. Erw. 4.2) nichts zu ändern vermag. Weder liegt eine besondere Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden vor, noch sind - abgesehen von unfallfremden Faktoren - besondere Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflusst hätten, aktenkundig.

4.3.4 Ä Ä Hinsichtlich des Kriteriums der fortgesetzten spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung ergibt sich aus den Akten, dass bereits ab Januar 2006 keine Therapie mehr stattfand und der Beschwerdeführer keinerlei Schmerzmedikamente mehr einnahm (Erw. 3.11). Die weiteren Arztbesuche dienten denn in erster Linie Abklärungs-

und nicht Behandlungszwecken. Was die arbeitsbezogene Rehabilitation betrifft, ist festzuhalten, dass diese nur über wenige Wochen erfolgte (Erw. 3.18) und zudem keine ärztliche Behandlung darstellte, sondern die Einübung des Arbeitsalltags zum Ziel hatte. Das Kriterium ist daher nicht erfüllt.

4.3.5.1.1. Ebenso ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden zu verneinen, ist gemäss praxisierter Rechtsprechung doch nur auf glaubhafte, erhebliche Beschwerden ohne wesentlichen Unterbruch zwischen Unfall und dem Fallabschluss abzustellen (BGE 134 V 109 S. 128). An dieser Voraussetzung fehlt es in Anbetracht der Tatsache, dass es nach dem Unfallereignis vorerst zu einer erheblichen Verbesserung der Beschwerden kam (Erw. 3.9), es Dr. E.____ aufgrund des klinischen Befundes schwer fiel, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren (Erw. 3.10), der Beschwerdeführer keinerlei Schmerzmittel mehr benötigte und das blosses Einreiben von Perskindol zu einer Linderung führte (Erw. 3.11), Dr. C.____ erklärte, die Schmerzsymptomatik lasse sich mit den klinischen Befunden nicht mehr in Einklang bringen (Erw. 3.13), sich der Beschwerdeführer im arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogramm offenbar selber limitierte (Erw. 3.18) und schliesslich vorbrachte, bereits das Heben von drei bis vier Kilogramm führte zu rascher Beschwerdezunahme, was den Befunden des ABR diametral widerspricht (vgl. Urk. 12/85 S. 9).

4.3.6.1.1. Weder liegt eine ärztliche Fehlbehandlung noch ein schwieriger Heilungsverlauf vor. Im Gegenteil war der Heilungsverlauf - wenn überhaupt - durch unfallfremde Faktoren beeinträchtigt (Schwangerschaft der Ehefrau, Tod des Schwiegervaters, allergische Erkrankung, Erw. 3.12).

4.3.7.1.1. Nicht erfüllt ist schliesslich das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit, welches sich nicht alleine auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf beschränkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C_33/2008, Erw. 8.7). Obgleich nämlich Dr. C.____ bereits Ende November 2005 einen Arbeitseinsatz mit leichter Tätigkeit zu 25 % als zumutbar erachtet hatte, beendete der Beschwerdeführer diesen Arbeitsversuch aus eigenem Antrieb bereits nach 10 Tagen (Erw. 3.9). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom Januar 2006 hielt es dann Dr. E.____ aufgrund des klinischen Befundes für schwierig, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren (Erw. 3.10). Im Rahmen des ABR zeigte sich schliesslich, dass wegen der Selbstlimitierung des Beschwerdeführers die noch bestehenden arbeitsbezogenen relevanten Probleme nicht schlüssig beurteilt werden konnten (Erw. 3.18). Brach der Beschwerdeführer letztlich - obwohl ihm vom Spital F.____ ab dem 5. Juni 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, danach eine Steigerung auf 75 % attestiert worden war (Erw. 3.15) - die Arbeit bereits am ersten Tag wieder ab (Erw. 3.20), und ist überdies nicht ausgewiesen, dass er sich nach der Kündigung seiner bisherigen Arbeitsstelle per 30. Juni 2007 um eine leichte Tätigkeit - immerhin hatte das ABR die Zumutbarkeit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in jeder anderen mittelschweren bis schweren Arbeit ergeben (Erw. 3.18) - bemüht hätte, so fehlt es mit Blick auf diese Entwicklung an ernsthaften Anstrengungen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen sind an der Einschätzung von Dr. B.____, welche dem Beschwerdeführer in der Folge flugs wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Erw. 3.20), erhebliche Zweifel angebracht, liess sie sich doch offensichtlich statt von medizinischen Kriterien vom Rat der Anwältin und des Schleudertraumaverbandes leiten (Erw. 3.17).

4.3.8. Ist mithin kein einziges Kriterium erfüllt (Erw. 4.2.3), so ist der adäquate Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 25. Juni 2005 ohne Weiteres zu verneinen.

5. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch über den 1. Januar 2008 hinaus verneint hat, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ammann

- Rechtsanwalt Mathias Birrer

- 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.