

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00146 vom 22. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00146

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00146 du 22 janvier 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00146 del 22 gennaio 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1963 geborene X. war für die Y. tätig und deshalb bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 27. Juni 2005 wurde er als Lenker eines Personenwagens des Typs "VW Passat" um 06.15 Uhr in eine Auffahrkollision verwickelt (Urk. 11/1, 11/4). Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. Z., Facharzt FMH Allgemeine Medizin, diagnostizierte ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 11/2, 11/28 und 11/43). Nach der Kreisärztlichen Untersuchung vom 17. Oktober 2005 (Urk. 11/17) hielt sich der Versicherte vom 7. November bis 14. Dezember 2005 in der Rehabilitationsklinik A. auf (Urk. 11/32). Am 8. November 2006 fand eine weitere Untersuchung durch den Kreisarzt statt (Urk. 11/122). In der Folge holte der Kreisarzt eine Zweitmeinung bei Prof. Dr. med. B., Chefarzt Radiologie der Klinik C. ein (Urk. 11/145 und 11/155). Am 5. September 2007 fand nochmals eine Kreisärztliche Untersuchung statt (Urk. 11/162). Die SUVA übernahm die Kosten der Heilbehandlung und richtete für den infolge attestierter Arbeitsunfähigkeit entstandenen Erwerbsausfall Taggelder aus.

1.2. Mit Verfügung vom 24. Oktober 2007 schloss die SUVA den Fall ab und stellte die Versicherungsleistungen mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen per 30. November 2007 ein (Urk. 11/169).

1.3. Dagegen erhob der Versicherte am 12. November 2007 Einsprache und reichte einen Bericht von Dr. med. D., Spezialarzt für Radiologie FMH, vom 8. November 2007 über ein Arthro-MRT der rechten Schulter ein (Urk. 11/174). Am 19. Dezember 2007 nahm Kreisarzt Dr. med. E., Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, dazu Stellung (Urk. 11/177). In der Folge liess der Versicherte am 7. März 2008 zwei Berichte der Klinik F. vom 21. Februar 2008 einreichen (Urk. 11/193). Mit Entscheid vom 2. April 2008 wies die SUVA die Einsprache ab (Urk. 2).

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

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 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. 1.4

1.4.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.4.2 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar

Am 6. Juli 2005 führte Dr. med. D. ____, Spezialarzt für Radiologie FMH, eine Magnetresonanztomographie der HWS durch. Diese zeigte zunächst eine medio-rechtslaterale Diskushernie in Höhe C5/6. Dr. D. ____, führte sodann aus, dass das Ligamentum longitudinale posterius nicht nur durch die hernierte Bandscheibe abgehoben, sondern auch in seiner Kontinuität unterbrochen sei, und schloss auf eine traumatische Läsion des Bandes in Höhe C5/6. Weiter zeigte die Magnetresonanztomographie ein geringes Kontusionsdem rechtslateral im 6. Halswirbelkörper, Osteochondrosen C5/6 und C6/7 sowie eine Diskusprotrusion C6/7 (Urk. 11/3).

Dr. med. G. ____, Spezialarzt FMH für Neurologie, fand anlässlich der Untersuchung vom 8. Juli 2005 ein sensibles radikuläres Syndrom C6 und hielt dafür, dass die Diskushernie C5/6 traumatisch bedingt sein dürfte (Urk. 11/6).

Am 27. September 2005 berichtete Dr. G. ____, der Patient klagte neu über Parästhesien in den Beinen, ausserdem finde sich ein suspekt positiver Babinski links. Aus diesem Grund habe er erneut ein MRI der HWS veranlasst, welches keine Veränderung gegenüber der Voruntersuchung zeige, insbesondere keine Kompression des Myelons und kein myelopathischer Herd. Offensichtlich bestehe eine gewisse funktionelle Überlagerung. Das radikuläre Syndrom C6 rechts zeige keine Progredienz (Urk. 11/15/1).

3.1.2. Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik A. ____, vom 3. Januar 2006 wurde festgehalten, der Patient habe sich bei einem Verkehrsunfall am 27. Juni 2005 ein HWS-Distorsionstrauma zugezogen. Im MRI vom 6. Juli 2005 habe sich eine ausgeprägte mediorechtslaterale Diskushernie C5/6 und eine fragliche traumatische Läsion des Ligamentum longitudinale posterius C5/6 gezeigt. Gemäss der Beurteilung ihres Orthopäden Dr. H. ____, könne nicht sicher beurteilt werden, ob das Ligament gerissen oder nur angehoben sei. Des Weiteren habe sich ein geringes Kontusionsdem rechtslateral HWK6 und eine Osteochondrose C5/6 und C6/7 sowie eine Diskusprotrusion C6/7 gezeigt. Ein Verlaufs-MRI am 15. September 2005 habe mehr oder weniger den gleichen Befund gezeigt. Neu sei ein kontrastmittelaufnehmendes Granulationsgewebe im Ligamentverlauf gesehen worden. In den in der Rehabilitationsklinik am 11. November 2005 durchgeführten Funktionsaufnahmen sei die Beweglichkeit in C5/6, C4/5, C3/4 und C2/3 knapp unter der Norm gewesen; im Bereich von C1/2 und C6/7 habe der Beschwerdeführer schmerzbedingt nur eine minimale aktive Beweglichkeit gezeigt. Gemäss der orthopädischen Beurteilung durch Dr. H. ____, bestehe kein Anhaltspunkt für eine akute Indikation für eine operative Dekompression oder Spondylodese. Gemäss neurologischer Beurteilung entspreche die Verteilung der angegebenen Sensibilitätsstörungen klinisch nicht einer C6-Symptomatik. Insofern sei eine Operationsindikation kritisch zu sehen. Im psychosomatischen Konsilium sei eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt diagnostiziert worden. Eine medikamentöse Therapie sei wegen der negativen Einstellung des Patienten Antidepressiva gegenüber nicht durchführbar. In der Physiotherapie habe kein Zugang gefunden werden können, der Patient habe bei Austritt mehr Schmerzen als bei Eintritt gehabt und sei nicht belastbarer geworden. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aufgrund der noch bestehenden unfallbedingten Restbeschwerden im Sinne eines zervikospondylogenen Syndroms rechts und einer verminderten schmerzbedingten Schulterbeweglichkeit rechts habe der Patient keine vierstündige Belastbarkeit pro Tag erreicht. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte

Im September 2005, also mindestens zwei Monate nach dem Ereignis, sei eine Klage über Doppelbilder vorgebracht worden. Diese hätten sich auf den Rand des Blickfeldes beim Blick nach unten beschränkt, wie dies die ophthalmologische Abklärung ergeben habe. Das Stereosehen sei gewahrt, entsprechend benötigte der Patient zum Autofahren auch keine Brille. Wieweit der Blick nach vorne unten wirklich beeinträchtigt sei, müsse zur Diskussion gestellt werden. Im Rahmen einer Überwachung, die beim Patienten durchgeführt worden sei, sei das Foto 12 am 24. März 2006 erstellt worden, aus welchem ersichtlich sei, dass der Patient seinen Aktenkoffer aufs Autodach gelegt habe und darin etwas suche, was zwangsläufig zu einer Blickrichtung führe, die eigentlich Doppelbilder verursachen sollte. Foto 18 vom 10. Februar 2006 zeige, wie der Patient ein Schriftstück vor seinem Abdomen halte und dieses lese; offensichtlich ohne störende Doppelbilder, die dies verunmöglichen würden. Laut Rücksprache mit dem Ophthalmologen seien leichte Trochlearisparesen wie beim Patienten häufige Befunde, welche kaum je stören, weshalb sie nicht bemerkt würden. Diese Einschränkung sei auch beim Beschwerdeführer zu präferieren. Da die Doppelbilder trotz vorgängiger neurologischer Abklärung erst über zwei Monate nach dem Ereignis aktenkundig geworden seien, sei diese These wahrscheinlich. Der Patient gebe auch heute an, nur vorübergehend durch Doppelbilder gestört zu sein. Während den Überwachungsphasen habe er nie eine Brille getragen und habe verschiedene Personenwagen gelenkt, ohne dass Beeinträchtigungen feststellbar gewesen seien. Manifeste Doppelbilder würden insbesondere das Manövrieren mit einem Personenwagen massiv erschweren.

Weiter wurde im Bericht ausgeführt, bei der Überwachung habe sich auch eine gute Funktion der HWS gezeigt, besser als bei der heutigen Untersuchung. Der an der Rehabilitationsklinik A. tätige Dr. H. habe in seiner Einschätzung vom 24. November 2005 angenommen, der Patient sei sicher bis März 2006 nicht fähig wegen der stark eingeschränkten HWS-Funktion. Dass dem nicht so gewesen sei, würden die Ermittlungen belegen.

Schliesslich hielt Dr. E. fest, im Rahmen der Untersuchung könne eine eingeschränkte HWS- und Schulterfunktion rechts festgestellt werden, die sich durch Befunde bildgebender Art nicht erklären lasse. Auch die Klinik spreche nicht für eine klare zugrundeliegende Pathologie, ein funktionelles Geschehen sei am wahrscheinlichsten. Im Weiteren bestehe eine leichte Störung der Augenmotilität, ein Zusammenhang mit der Auffahrkollision erscheine unwahrscheinlich, die Störung sei marginal. Entsprechend dürften gute Funktionen erwartet werden, in der Untersuchung und anamnestisch werde dies vom Patienten nicht angegeben. Dies kontrastiere deutlich mit dem während der Überwachung gezeigten Potential, dies entspreche dem, was aufgrund der Befunde zu erwarten wäre (Urk. 11/122 S. 5 f.).

3.1.5 Am 24. April 2007 führte Prof. Dr. B. aus, die seitlichen Funktionsaufnahmen würden im Verlauf unverändert eine Höhenabnahme der Bandscheibe C5/C6 mit kleinen dorsalen Osteophyten sowie eine deutlichere Höhenabnahme der Bandscheibe C6/C7 zeigen. Die erste MR-Untersuchung zeige eine grosse, breitbasige mediolaterale Diskushernie C5/C6 rechts, begleitet von kleinen Osteophyten. Das Myelon werde geringfügig rechtsseitig imprimiert. Eine Beeinträchtigung der Wurzel C6 rechts im Foraminalbereich sei zu vermuten. Auf Höhe C6/C7 bestehe eine leicht linksbetonte Protrusion der Bandscheibe ohne Beeinträchtigung

von Nervenwurzeln oder des Myelons. Zu jenem Zeitpunkt habe eine geringe Signalalteration, hauptsächlich endplattenbezogen, auf der rechten Seite bestanden. Die zweite und vor allem die dritte MR-Untersuchung wÄ¼rden eine deutliche Regredienz der beschriebenen Diskushernie C5/C6 mit einer residuellen BeeintrÄ¼chtigung vor allem foraminal zeigen, hauptsächlich durch dorsale Osteophyten beziehungsweise durch eine Unkarthrose. Im Verlauf wÄ¼rden deutlich zunehmende, endplattenbezogene VerÄ¼nderungen C6/C7 bestehen, wiederum rechtsbetont. Die Endplatten blieben jedoch scharf begrenzt. Die linken Anteile der Endplatten seien nicht pathologisch. Die drei MR-Untersuchungen seien mit einer flÄ¼ssigkeitssensitiven Sequenz ergÄ¼nzt worden, die zwei auch mit kontrastmittelverstÄ¼rkten Sequenzen. Diese wÄ¼rden die Beurteilung nicht Ä¼ndern. Eine Verletzung des hinteren LÄ¼ngsbandes wÄ¼rde er aufgrund der vorliegenden Untersuchungen nicht diagnostizieren, insbesondere wegen des Fehlens eines massiven Traumas und weiterer MR-Zeichen einer massiven Verletzung. Prof. Dr. B.____ fÄ¼hrte sodann aus, auf HÄ¼he C5/C6 bestehe eine grÄ¼ssere Diskushernie nach dem Trauma. Zumindest ein Teil der VerÄ¼nderungen auf diesem Niveau mÄ¼sse vorbestehend sein. Die im Verlauf progredienten VerÄ¼nderungen des Intervertebralraumes C6/C7 wÄ¼rde er in erster Linie einer progredienten Osteochondrose zuordnen. Der Verlauf (keine Abnahme im Verlauf) sowie die Lokalisation (linksbetont, endplattenbetreffend) wÄ¼rden gegen eine Fraktur der WirbelkÄ¼rper sprechen. Die in der zweiten MR-Untersuchung doch betrÄ¼chtlichen VerÄ¼nderungen der endplattennahen WirbelkÄ¼rperanteile hÄ¼tten ihn zunÄ¼chst sogar an eine Spondylodiszitis denken lassen. Diese sei jedoch sehr unwahrscheinlich (erhaltene Endplatten, Einseitigkeit des Befundes). Zusammenfassend bestehe eine im Verlauf regrediente Diskushernie C5/C6 in Kombination mit Osteophyten. Zumindest ein Teil des Befundes sei damit vorbestehend. Der Befund auf HÄ¼he C6/C7 sei am ehesten als progrediente Osteochondrose zu bewerten (Urk. 11/145).

Ä¼ber Am 5. Juni 2007 berichtete Prof. Dr. B.____ Ä¼ber eine am 4. Juni 2007 durchgefÄ¼hrte MR-Untersuchung der HWS. Die zuvor aufgrund einer Untersuchung in einem offenen NiederfeldgerÄ¼t beschriebene Pathologie der Ligamenta alaria konnte er nicht bestÄ¼tigen. Sodann fÄ¼hrte er aus, dass die bekannten degenerativen VerÄ¼nderungen C5/C6 und C6/C7, ohne Nervenwurzel- oder Myelonkompression gezeigt worden seien. Im Verlauf sei die Osteochondrose C6/C7 regredient. Der atlantooccipitale Ä¼bergang liege im Normbereich. Es bestehe ausserdem eine Sinusitis sphenoidalis (Urk. 11/155).

3.1.6Ä¼ Nach der kreisÄ¼rztlichen Untersuchung vom 5. September 2007 berichtete Kreisarzt Dr. E.____, es bleibe bloss eine in den distalen Segmenten mÄ¼ssiggradig degenerativ verÄ¼nderte HWS ohne Kompression und ohne entzÄ¼ndliche AktivitÄ¼t. Ein pathologisch-anatomisches Substrat fÄ¼r die deutlich eingeschrÄ¼nkte HWS-Funktion kÄ¼nne nicht gefunden werden. Die beschriebenen VerÄ¼nderungen kÄ¼nnten nur eine marginale EinschrÄ¼nkung der Beweglichkeit erklÄ¼ren, aber nicht mehr. BezÄ¼glich der rechten Schulter, die eine FunktionseinschrÄ¼nkung zeige, mÄ¼sse die Frage beantwortet werden, ob weitergehende AbklÄ¼rungen indiziert seien. Eine Schmerzhaftigkeit im eigentlichen Schulterbereich werde nicht geklagt, die Muskulatur sei krÄ¼ftig, der rechte Oberarm unverÄ¼ndert voluminÄ¼ser als der linke, wie bei RechtshÄ¼ndern zu erwarten. Im vorhandenen Bewegungsfeld liege ein harmonischer Bewegungsablauf sowie eine unwesentlich eingeschrÄ¼nkte Rotation bei Abduktion vor, was eine Kapselschrumpfung

höheren Grades ausschliesse. Die Kraft sei in alle Richtungen vermindert ohne Prädispositionen. Vermindert sei auch die Faustschlusskraft rechts, bei isolierter Testung ausgeprägter als bei leichter Ablenkung. Anamnestisch sei die Schulter beim Unfall nicht traumatisiert worden, auch von anderweitigen Schulterverletzungen habe der Patient nicht berichtet. Da keine Anhaltspunkte für eine behandelbare Pathologie im rechten Schultergelenk vorliegen würden und bildgebende Abklärungen nur gezielt erfolgen sollten, werde auf solche verzichtet. Weiter führte Dr. E. aus, der Patient klage nach wie vor etwas über Dysästhesien, die sich einigermaßen den Dermatomen C6 und C7 zuordnen liessen. Da sich das Reflexbild normal präsentiere und bildgebend keine Kompression neuraler Strukturen habe gefunden werden können, sei eine erneute neurologische Untersuchung weder nötig noch sinnvoll. Dr. E. hielt in der Folge fest, die Ursache für die geklagten Beschwerden bleibe unklar, es bestehe ein Verdacht auf ein funktionelles Geschehen. Er habe deshalb die Bilder, welche bei der Überwachung des Patienten von Februar bis April 2006 gemacht worden seien, nochmals durchgesehen. Im Band über die Periode vom 24. Februar bis 5. März 2006 verweise er auf das Bild 13. Dort werde der rechte Arm weiter angehoben, als dies je in einer Untersuchungssituation getan worden sei. Auf dem Bild 44 beginne der Patient mit dem horizontal ausgestreckten rechten Arm sein eingeschneites Auto vom Schnee zu befreien, was eine massige Kraftanstrengung darstelle. Offensichtlich werde spontan der rechte dominante Arm eingesetzt, die Arbeit hätte ohne weiteres auch links ausgeführt werden können. Im Band über die Überwachung vom 24. März bis 2. April 2006 sei das Foto 49 erwähnt, dort halte der Patient mit der rechten Hand die Seitenklappe des Cars weit über Scheitelniveau, dabei weise er auch eine stark reklinierte Kopfhaltung auf. Eine mit medizinischen Mitteln klar belegbare Funktionsstörung liege nicht vor; aus dieser Perspektive sei es nicht verständlich, wieso der Patient als Lastwagenchaffeur aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sei. Die Diskussion einer Integritätseinbusse erübrige sich (Urk. 11/162 S. 5 f.).

3.1.7 Im Bericht über die am 8. November 2007 durchgeführte Arthro-MRT-Untersuchung der rechten Schulter führte Dr. D. aus, dass ein Status nach Ruptur des Rotatorenintervalls wie folgt gezeigt werde: Kompletter knöcherner Ausriss der Supraspinatussehne bezüglich der Sehnenbreite, jedoch unvollständiger Riss bezüglich des Sehnenquerschnitts der Supraspinatussehne, da nur der ventrale Teil der Sehne unmittelbar im Insertionsbereich am Tuberculum majus vollständig rupturiert sei. Dort zeige sich ein etwa 1 cm grosser ossärer Defekt, kleinere posttraumatische subchondrale Geröllzysten. Darüber hinaus werde ein partieller Riss der Subscapularissehne gezeigt, betroffen seien hier die cranialen Sehnenanteile ventral der langen Bicepssehne in Höhe des Sulcus intertubercularis. Eine darüber hinausgehende Luxation der langen Bicepssehne im Sinne einer Pulley-Läsion sei nicht nachweisbar (Urk. 11/174/4).

Dr. med. I. ____, Leitender Arzt Orthopädie, und Dr. med. J. ____, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik F. ____, führten in ihrem Schreiben vom 21. Februar 2008 an den damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, da der Patient vor dem Unfall seitens der rechten Schulter beschwerdefrei gewesen und kein weiteres Ereignis anamnestisch erhebbar sei, würden sie keine andere Ursache als das versicherte Unfallereignis für die Schulterverletzung sehen (Urk. 11/193/2).

3.1.8.1. Am 19. Dezember 2007 nahm Kreisarzt Dr. E. ___ zum Arthro-MRI der rechten Schulter vom 8. November 2007 Stellung. Er fÄ¼hrte aus, dass dieses einen Ausriss der Supraspinatussehne ganz ventral, nicht die ganze Sehne betreffend, gezeigt habe. Entsprechend sei die Muskulatur des Supraspinatus krÄ¼ftig und zeige keinerlei VerfÄ¼ttung, der Muskel sei aktiv. Auf der Gegenseite des Rotatorenintervalls sei auch der Subscapularis kranial leicht eingerissen. Immerhin seien diese Risse nicht derart gravierend, dass es zu einer Destabilisierung der Bizepssehne gekommen sei; diese verlaufe ungestÄ¼rt im Sulcus, sei nicht aufgetrieben. Im Befundbericht werde von einem knÄ¼chernen Ausriss gesprochen. Dies sei unglÄ¼cklich formuliert, gemeint sei ein Ausriss am Knochen. Ein ausgerissenes knÄ¼chernes Fragment komme nicht zur Darstellung, eine StÄ¼rung der Knochenstruktur ventral am Tuberculum majus sei vorhanden, auch GerÄ¼llzysten, die aber nicht per se als posttraumatisch zu werten seien. Es handle sich um einen Befund, der Ä¼tiologisch nicht klar zuzuordnen sei. Der Rezessus axillaris sei nicht verkleinert. Der Befund erklÄ¼re gewisse Beschwerden beim Durchbewegen der rechten Schulter, allerdings erklÄ¼re er die demonstrierte BewegungseinschrÄ¼nkung nicht. Diese BewegungseinschrÄ¼nkung sei zwar in allen Untersuchungen einigermaßen durchgehalten worden, das Bildmaterial der Observation des Patienten zwingt indes zur Annahme, dass die Schulterfunktion rechts weit besser sei. Dr. E. ___ fuhr fort, auch die Kraftlosigkeit in der rechten Hand, die in verschiedenen Untersuchungen ebenfalls recht konsequent durchgehalten worden sei, lasse sich durch diesen Befund an der Schulter nicht erklÄ¼ren. Anatomisch pathologischer Befund an der rechten Schulter und Auswirkungen auf die FunktionsfÄ¼higkeit des Armes wÄ¼rden nach wie vor bei weitem nicht zusammenpassen. Derartige Ausrisse wÄ¼rden nach der neuesten Literatur eher degenerativ als traumatisch eingestuft. Bei einer Auffahrkollision wirke der wesentliche Kraftvektor nach hinten, der KÄ¼rper werde in den Sitz gepresst. Wenn davon ausgegangen werde, dass der Patient das Lenkrad nur mit der rechten Hand gehalten habe, wirke in der ersten energiereichen Phase keine besondere Kraft auf die rechte Schulter, das ZurÄ¼ckfedern des Rumpfes wegen der ElastizitÄ¼t des Sitzes beim Ausrollen des Fahrzeugs nach der Beschleunigung von hinten sei energiearm. Beim Autounfall des Patienten sei es nicht zu einer SekundÄ¼rkollision gekommen, bei der das Fahrzeug auf das nÄ¼chstvordere aufgefahren wÄ¼re. Nur so liesse sich eine grÄ¼ssere Krafteinwirkung auf die Schulter rechts erklÄ¼ren, das Element fehle aber. Allgemein wÄ¼rden Schulterverletzungen bei Auffahrkollisionen kaum je beobachtet. Es sei deshalb auch im aktuellen Fall unwahrscheinlich, dass die IntervallÄ¼rsion bei der Auffahrkollision vom 27. Juni 2005 gesetzt worden sei. Hohe ruckartige Kraftanstrengungen kÄ¼nnten zu derartigen LÄ¼sionen fÄ¼hren, sie seien nicht zwingend symptomatisch. Wann sich die Verletzung beim Patienten eingestellt habe, bleibe offen. GemÄ¼ss der zitierten Literatur stehe eine degenerative Genese im Vordergrund. Aus den angefÄ¼hrten GrÄ¼nden sei ein Zusammenhang mit dem Geschehen vom 27. Juni 2005 hÄ¼chstens mÄ¼glich. Abschliessend fÄ¼hrte Dr. E. ___ aus, es sei nochmals betont, dass die Klinik betreffend die rechte Schulter wÄ¼hrend des ganzen Verlaufs und die gefundene VerÄ¼nderung an der Rotatorenmanschette nicht zusammenpassen wÄ¼rden (Urk. 11/177).

E. 3.2

3.2.1.1. Der Kreisarzt Dr. E. ___ legte unter Hinweis auf den Unfallhergang, die klinischen Befunde im Verlauf und die einschlä¼gigen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Ä¼berzeugender Weise dar, dass die zuletzt festgestellten VerÄ¼nderungen an der Rotatorenmanschette nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht

massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch das versicherte Unfallereignis verursacht worden sind (Urk. 11/177). Die behandelnden Ärzte der Klinik F. ___ haben demgegenüber ihre Auffassung, die rund zweieinhalb Jahre nach dem versicherten Unfallereignis mittels Arthro-MRI gefundene Rotatorenmanschettenläsion sei damals gesetzt worden, bloss damit begründet, dass der Beschwerdeführer vor dem versicherten Ereignis beschwerdefrei gewesen sei und kein anderes Unfallereignis genannt habe (Urk. 11/193/2). Mit der Frage des Unfallmechanismus oder des klinischen Verlaufs der Beschwerden seit dem Unfall setzten sie sich dagegen nicht auseinander. Auch Dr. med. K. ___, Fachärztin FMH Physikalische Medizin, begründet in ihrem Bericht vom 4. Februar 2008 nicht, weshalb die beschriebene Problematik auf das versicherte Unfallereignis zurückzuführen sein sollte (Urk. 3) In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der erstbehandelnde Arzt Dr. Z. ___ nur von in die Schulter ausstrahlenden Nackenschmerzen berichtete (Urk. 11/2 und 11/43). Vor diesem Hintergrund ist es entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung unwahrscheinlich, dass die im November 2007 festgestellten Veränderungen an der Rotatorenmanschette von der Auffahrkollision vom 27. Juni 2005 herrühren. Weitere Abklärungen hiezu sind daher nicht notwendig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den zitierten medizinischen Unterlagen und den Berichten des Kreisarztes ergibt sich sodann, dass den im übrigen noch geklagten Beschwerden kein hinreichendes organisches Substrat mehr zugrundeliegt. Da geklagte Schmerzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen und Muskulaturverhärtungen nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 in Sachen SUVA c. M., U 9/05, Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts vom 4. Juli 2007 in Sachen M., U 354/06, Erw. 7.2, vom 25. Juli 2007 in Sachen O., U 328/06, Erw. 5.2 sowie vom 6. Mai 2008 in Sachen V., 8C_369/2007, Erw. 3), können die geklagten Beschwerden nicht als klar ausgewiesenes unfallbedingtes organisches Substrat qualifiziert werden.

3.2.2 Ä Ä Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen nach dem Gesagten kein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat zugrundeliegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen, kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) - wie dies von der Beschwerdegegnerin angeregt wurde (Urk. 10 S. 4) - oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann offenbleiben, da auch die Beurteilung nach letzteren - wie im folgenden zu zeigen ist - zur Verneinung der Adäquanz führt.

3.2.3 Ä Ä Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass die Auffahrkollision vom 27. Juni 2005 höchstens der Gruppe der mittelschweren Unfälle zugeordnet werden können, wobei offen gelassen werden können, ob es sich innerhalb dieser Gruppe um einen Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handle; jedenfalls habe es sich nicht um einen schweren Unfall oder um einen mittelschweren im Grenzbereich zu den schweren

Unfällen gehandelt (Urk. 2 S. 11). Die Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses erfolgt aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften, wobei eine objektivierte Betrachtungsweise anzuwenden ist. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zu prägende äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 [U 2/07] Erw. 5.3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend musste der Versicherte im stockenden Kolonnenverkehr anhalten, was der Lenker des nachfolgenden Personenwagens des Typs "Ford Escort Cabrio" zu spät bemerkte, so dass es diesem nicht mehr gelang, rechtzeitig abzubremsen und er auf das Heck des vom Beschwerdeführer gelenkten Personenwagens des Typs "VW Passat" auffuhr (Urk. 11/1, 11/4). Aus den an den beteiligten Fahrzeugen entstandenen Sachschäden (vgl. die Schadenbilder in Urk. 11/21) ist zu schliessen, dass nur geringfügige Kräfte gewirkt haben. Im unfallanalytischen Gutachten vom 25. Oktober 2005 schloss der Gutachter auf eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des vom Beschwerdeführer gelenkten Personenwagens von 7,0 bis 10,8 km/h (Urk. 11/21 S. 12). Damit handelt es sich um einen leichten Unfall (vgl. dazu Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 10. November 2004, U 174/03, Erw. 5). Dementsprechend ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallgeschehen aber zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn das versicherte Unfallereignis vom 27. Juni 2005 als mittelschwerer Unfall an der Grenze zu den leichten qualifiziert würde, wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der zu beurteilende Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände liegen entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung nicht vor. Anlässlich der Erstkonsultation am Unfalltag gab der Beschwerdeführer gegenüber dem aufgesuchten Arzt an, er habe den Kopf gerade gehalten, den Fuss auf der Bremse gehabt und der Kopf sei an der Kopfstütze aufgeprallt (Urk. 11/43). Damit ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung aber zu verneinen. Ebenso wenig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. dazu Urk. 11/122 und 11/162); adäquanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss

ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich deren Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008 in Sachen S., 8C_768/2007, Erw. 4.2). Dem Bericht der behandelnden Ärztin Dr. K. ____ vom 8. Mai 2006 kann entnommen werden, dass ab Januar 2006 noch zweimal wöchentlich eine physikalische Therapie und im Abstand von 2 - 3 Wochen Kontrolluntersuchungen stattfanden; im Berichtszeitpunkt im Mai 2006 wurde bloss noch eine stabilisierende Rückengymnastik durchgeführt (Urk. 11/69). Bei dieser Sachlage kann jedoch nicht von einer fortgesetzten und spezifisch belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden (vgl. etwa SVR 2007 UV Nr. 26 Erw. 5.3). Der Kreisarzt konnte keine klar belegbare Funktionsstörung feststellen, welche eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit hätte rechtfertigen können (Urk. 11/162). Die Vertrauensärztin der Arbeitgeberin hielt schliesslich bereits in ihrem Bericht vom 19. Juni 2006 dafür, dass dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende mittelschwere Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 10 bis 15 kg und ohne Überkopfarbeiten mit einem Pensum von mindestens 50 % zumutbar sei (Urk. 11/82). Entsprechend sind die weiteren Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs, der erheblichen Komplikationen und Beschwerden sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt.

3.3 Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die noch geklagten Beeinträchtigungen nicht über den 30. November 2007 hinaus leistungspflichtig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Alexandros Contoyannis
 - Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer
 - 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.