

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00164 vom 6. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00164

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00164 du 6 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00164 del 6 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1.1. 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).

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 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 blosses 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, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise 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).

E. 1.3

1.3.1 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).

1.3.2 Für 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

1.3.3 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).

E. 2

2.1 Gegenüber den erstbehandelnden Ärzten des Kantonsspitals C. erwählte der Beschwerdeführer keinen Unfall, sondern klagte, er sei vorgestern Nacht (22. April 2002) total verschwitzt und verängstigt aufgewacht, gestern (23. April 2002) habe er erstmals einen Schmerz im Nacken und der Schulter links mit Ausstrahlung nach thorakal verspürt. Weiter sei es zu einer Schmerzprogredienz mit Einschränkung der Kopf- und Nackenbeweglichkeit sowie Schmerzauslösung beim Atmen gekommen.

Die Ärzte schlossen ein kardiales Ereignis und eine Lungenembolie aus und verschrieben Analgetika (Bericht vom 24. April 2002, Urk. 14/M1).

2.2 Dr. Z. diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Juni 2002 (Urk. 14/M2) ein typisches Zervikalsyndrom mit Myogelosen, Kopfschmerzen, reduzierter HWS-Beweglichkeit nach freier Latenz von vier Tagen. Er empfahl Ruhe, den Einsatz von Analgetika sowie die Durchführung einer Physiotherapie und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % ab Unfalldatum.

Am 13. Juni 2002 (Urk. 14/M3) bestätigte er den Eintritt von Nackenschmerzen nach vier Tagen und verwies auf Druckdolenzen im Zervikal- und Schulterbereich. Er diagnostizierte eine HWS-Distorsion mit psychischen Symptomen bei depressivem Zustand, Schlafstörungen, Fehlhandlungen und Ablenkbarkeit. Die 60%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigte er einstweilen bis 1. Juli 2002.

2.3 Dr. A., welcher den Beschwerdeführer am 18. Juni 2002, 2. Juli 2002 (CT-Bilder), 8. Juli 2002 und 11. September 2002 untersucht hatte, sprach am 16. September 2002 (Urk. 14/M10) von einem Status nach seitlicher Kollision mit ausgeprägter Symptomatik im Sinne der Blockierung im Bereich der HWS mit myofascialer Symptomatik, zusätzlich neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik und wahrscheinlich auch posttraumatischer Anpassungsstörung. Er führte aus, neuroradiologisch bestehe eine normale Anatomie der Kopfgelenke, keine Hinweise auf eine Diskushernie oder Bandscheibenprotrusionen. Es bestehe eine Anomalie des Processus transversi C7 beidseits, welche bei zunehmender myofascialer Symptomatik zu Zervikobrachialgien führen könnten bzw. zu Symptomen ähnlich der oberen Thoraxappertur-Symptomatik.

2.4 Die Ärzte der Rehaklinik B., wo der Beschwerdeführer vom 20. November 2002 bis 2. Januar 2003 hospitalisiert wurde, berichteten am 20. Januar 2003 (Urk. 14/M15)  ber die verschiedenen angewendeten Therapien (Physiotherapie, Kraniosakraltherapie, Rückenschule, Feldenkraisgruppe, Wassertherapie, Therapieschwimmen, klassische Massage, Solepackungen, Akupunktur, Fango, Terratraining, Ergotherapie, klinische Psychologie, neuropsychologische Abklärung, autogenes Training). Sie führten aus, der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers habe sich zwar leicht verbessert im Sinne einer Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, bezüglich der bestehenden Schmerzsymptomatik sei jedoch kaum eine Besserung zu verzeichnen gewesen. So habe der Beschwerdeführer über pulsierende Kopfschmerzen linksseitig, intermittierende Spannungskopfschmerzen, Dauerschmerzen im Nacken und Schulterg rtelbereich beidseits mit Zunahme bei Belastungen geklagt. Weiter beschreibe er eine Reduktion der Sensibilität im Bereich der Hände und Unterarme sowie der linken Gesichtshälfte (taub). Intermittierend best nden Sehstörungen. Weiter gebe er einen Ohrendruck beidseits, eine Lärmempfindlichkeit, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Wortfindungsstörungen, depressive Verstimmungen und Nervosität, Isolationstendenzen sowie Alpträume mit Todes ngsten an.

Die Ärzte diagnostizierten - unter anderem nach einer neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung - einen persistierenden zervikozephalen Symptomenkomplex, eine vegetative Dysregulation, leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen, eine schwere Anpassungsstörung vom ängstlich-depressiven Typ sowie einen Verdacht auf eine dissoziative Symptomatik (Sensibilitätsstörung und Depersonalisationsph nomene). Dabei attestierten sie eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen.

E. 2.5

2.5.1 Dr. D., welche den Beschwerdeführer sei 29. Januar 2003 betreute, diagnostizierte mit Bericht vom 29. April 2003 (Urk. 14/M16) eine schwere

Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten. Sie berichtete von einer sehr langwierigen Behandlung, wobei besonders die kognitiven Beeinträchtigungen durch die neuropsychologischen Störungen und die Schmerzsymptomatik zu Verunsicherungen führten. Sie attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

2.5.2 Am 14. Juni 2004 (Urk. 14/M19) ergänzte Dr. D.____, bei chronifiziertem Krankheitsverlauf sei eine leichte Besserungstendenz in Teilbereichen vorhanden. Der Beschwerdeführer sei im Denken und Fühlen, in der Stimmung und im Verhalten etwas beweglicher geworden. Sein Handlungsspielraum habe sich vergrößert. Nach wie vor sei er aber irritierbar, ängstlich und depressiv mit kognitiven Einschränkungen. Als Behandlungsziel formulierte sie die Erhaltung der bestehenden Funktionen und die Unterstützung im langsamen Aufbau einer weiteren Besserung. Sie ging von einem Behandlungszeitraum von über einem Jahr aus und attestierte nach wie vor eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

E. 2.6

2.6.1 Die Gutachter der G.____ berichteten am 6. Dezember 2007 (Urk. 14/M21) von geklagten Nackenschmerzen, ausstrahlend in den Hinterkopf, bei jeder Anstrengung zunehmend, verstärkt durch Sonnenlicht, Schmerzen in der linken Schulter und Verspannungen, Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, Gefühlosigkeit der Wange, Ohrensausen beidseits, Lärmempfindlichkeit für hohe Töne, ein unbestimmtes Schwindelgefühl und Schmerzen im Bereich der Schulterblätter linksbetont sowie Ameisenlaufen in der linken Hand unterschiedlicher Lokalisation. Als Diskrepanz schilderten sie die Beweglichkeit von Armen, Kopf und Schultern mit der völlig freien spontanen Beweglichkeit zum Zeigen von schmerzhaften Stellen an Nacken und Rücken, was beidhändig und ohne offensichtliche Behinderung geschehe (S. 21).

2.6.2 Aus somatischer Sicht stellten die Gutachter ein zervikozephalales Schmerzsyndrom fest, welches vor allem im Zusammenhang mit einer deutlichen myofaszialen Verspannungssituation stehe. Eine strukturelle Schädigung habe schon bei der früheren Bildgebung klar ausgeschlossen werden können. In der aktuellen Funktionsaufnahme der HWS zeige sich lediglich eine leichte Hyperlordose im Sinne einer funktionellen Fehlhaltung sowie eine beginnende Chondrose C6/7, wobei dieser Befund in der Allgemeinbevölkerung so häufig und unspezifisch sei, dass er aufgrund des banalen Unfallereignisses nicht dem Unfall zugeordnet werden könne und auch ohne Bedeutung für die Beschwerdepersistenz und den weiteren Verlauf sei. Die aktuelle zervikozephalale Schmerzsymptomatik sei vor allem aufgrund der Schon- und Fehlhaltung unterhalten und könne als funktionelles Problem durch entsprechende bewegungstherapeutische Massnahmen bei Fehlen von strukturellen Einschränkungen ohne weiteres innert kurzer Zeit verbessert werden, genügende Motivation vorausgesetzt. Die im Bereich der linken oberen Extremität und im Schulter-/Oberarmbereich angegebene Hemisymptomatik, welche auf die linke Kopfseite ausgedehnt sei, lasse sich keiner peripheren oder zentralen Nervenstruktur zuordnen und sei im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung respektive der sie begleitenden dissoziativen Komponente zu interpretieren (S. 21 f.).

Aus rein somatischer Sicht schlossen die Ärzte auf eine bestenfalls 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzsymptomatik,

wobei diese Einschränkung mit geeigneten medizinischen Massnahmen innert weniger Monate grundsätzlich behebbar sei (S. 22).

2.6.3 Die Experten hielten fest, dass bei der Untersuchung die psychiatrischen Auffälligkeiten klar im Vordergrund gestanden hätten, welche Symptomatik als anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Dysthymie zu fassen sei. Dabei fänden sich zusätzlich gewisse Hinweise für dissoziative Anteile, wie zum Beispiel die inkonsistent und mit keiner neurologischen Störung wirklich übereinstimmenden Sprechstörung, die der Beschwerdeführer zum Teil zeige, wobei sich dies mit Phasen von flüchtigem Sprechen und guter Konzentrationsfähigkeit abwechselte. Die gleichen Inkonsistenzen zeigten sich in der neuropsychologischen Testung. Die hier gezeigten Einschränkungen seien mit der anamnestic zu erhebenden Alltagstauglichkeit (selbständiges Reisen nach I. zu seiner Ehefrau, sich Zurechtfinden im Alltag, sehr gute Teilleistungen im Allgemeinwissen) nicht vereinbar. Auch die gegenüber dem Aufenthalt in der Rehaklinik B. eingetretene Verschlechterung des Funktionsniveaus sei nicht plausibel und auch medizinisch nicht begründbar. Insgesamt sei die neuropsychologische Testung nicht valide und könne für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht verwertet werden (S. 22).

Die Zusatzlich äusserten die Gutachter generelle Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers. So beständen deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen zur früheren Aktenlage, ebenso berichte der Beschwerdeführer, aktuell hohe Dosen von Oxycontin und Oxynorm regelmässig und wegen der Schmerzen zwingend einzunehmen, allerdings finde sich im Serum kein Hinweis auf eine Opiateinnahme, so dass diese Angabe nicht zutreffen könne. Auch die angeblich regelmässig und in der angegebenen Dosierung eingenommenen Psychopharmaka zeigten einzig für Risperidon und Mirtazapin Serumspiegel weit unterhalb der unteren Referenzwerte. Einzig für Citalopram seien die Spiegel genügend. Somit müsse einerseits von unrichtigen anamnestic Angaben und andererseits von einer ungenügenden Medikamenten-Compliance ausgegangen werden (S. 22).

Die Ärzte erachteten (im Gegensatz zu Dr. J. im Rahmen der Untersuchungen in der Rehaklinik B., vgl. Bericht vom 7. Januar 2003, Urk. 14/M14) eine Willensanstrengung auf Seiten des Beschwerdeführers zur Überwindung der aktuellen Störung für absolut zumutbar, zumal der Beschwerdeführer über erhebliche Ressourcen verfüge, die teilweise sogar in der aktuellen, deutlich aggravierten neuropsychologischen Testung sichtbar würden. Auch ergäben sich gewisse Fragezeichen in Bezug auf den Schweregrad des Krankheitsverlaufs. Immerhin sei es dem Beschwerdeführer möglich gewesen, sich vor rund zwei Jahren zu verheiraten mit einer beruflich hoch qualifizierten Partnerin, was bei der Angabe einer ausgeprägten psychischen Störung und bei dem vom Beschwerdeführer teilweise vermittelten klinischen Bild eher schwer vorstellbar sei. Es sei ein erheblicher primärer und sekundärer Krankheitsgewinn anzunehmen (S. 22 f.).

2.6.4 Die Gutachter diagnostizierten zusammenfassend ein zervikozephalales Schmerzsyndrom bei Status nach Seitenkollision am 18. April 2002, klinischer Angabe einer linksseitigen Hemihypästhesie im Schulter- und Oberarmbereich links sowie im Bereich V1-V3 inklusive behaarter Kopfhaut (keinen peripheren Nerven oder einem Dermatome zuordenbar), bei Verdacht auf eine dissoziative Symptomatik (Sensibilitätsstörungen und Depersonalisationsphänomene), bei radiologischem

Normalbefund der HWS, bei myofascialer Komponente sowie bei vegetativer Dysregulation. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Dysthymia, eine mittelschwere bis schwere neuropsychische Störung (ohne valide Testergebnisse) sowie einen Status nach Tonsillektomie (S. 18 f.).

2.6.5 Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Experten fest, aus gesamtmedizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer aktuell für maximal 30 % in seiner Leistungsfähigkeit für jede körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit eingeschränkt. Es sei ihm indes die nötige Willensanstrengung zumutbar, um seine derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden und Leistungshindernisse zu überwinden. Die 30%ige Einschränkung aus somatischer Sicht sei durch geeignete bewegungstherapeutische Massnahmen bei entsprechender Motivation in einem Zeitraum von maximal sechs Monaten behebbar, da sie vor allem durch Fehlhaltung und Inaktivität sowie Dekonditionierung und muskulärer Verspannungen begründet sei (S. 23).

E. 3

3.1 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein natürlicher Kausalzusammenhang in der Regel anzunehmen, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw. vorliegt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

Das höchste Gericht führte in seiner Rechtsprechung sodann aus, dass im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse nach Schleudertrauma die Zurechnung eines solchen zu einem Unfall zu verneinen sei, wenn die Latenzzeit von Beschwerden und medizinischen Befunden in der Halsregion nicht binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] in Sachen E. vom 12. August 1999, U 264/97). Hierbei geht es, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet und weitere praxisgemässe Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen. Diesfalls ist vom Vorliegen einer HWS-Distorsion auszugehen (vgl. hierzu: Urteil des EVG i.S. S. vom 30. Juli 2007, U 336/06, Erw. 5.1).

3.2 Der Beschwerdeführer suchte erstmals am 24. April 2002 das Kantonsspital C. auf und klagte - mithin sechs Tage nach dem Unfall - über ein Schwitzen und Angst in der Nacht vom 22. April 2002 (und damit vier Tage nach dem Unfall) sowie über Schmerzen im Nacken ab dem 23. April 2003 (und damit fünf Tage nach dem Unfall, Urk. 14/M1). Auch Dr. Z. bestätigte am 3. Juni 2002 (Urk. 14/M2) eine reduzierte HWS-Beweglichkeit erst nach einer freien Latenz von vier Tagen und verdeutlichte am 13. Juni 2002 (Urk. 14/M3), dass Nackenschmerzen erst nach vier Tagen eingetreten seien. Aufgrund der ärztlichen Untersuchungen konnte sodann eine strukturelle Schädigung schon von Beginn weg ausgeschlossen werden.

Damit ergibt sich aus den echtzeitlichen medizinischen Akten ohne Weiteres, dass sich der Beschwerdeführer keine nachweisbaren Verletzungen zuzog und innert der massgeblichen Zeitspanne von 72 Stunden nicht unter Nackenschmerzen litt und auch die übrigen einschlägigen Beschwerden nicht vorlagen. Demgemäss kann

grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer am 18. April 2002 eine HWS-Distorsion erlitten hat, aufgrund welcher er auch nach dem 31. März 2007 noch unter kausalen Beschwerden litt. Dass ärztlicherseits gleichwohl eine HWS-Distorsion diagnostiziert und teilweise auch die natürliche Kausalität bejaht wurde, ändert hieran nichts.

E. 4

4.1 Wollte man gleichwohl vom Vorliegen einer HWS-Distorsion und einer entsprechenden natürlichen Kausalität zum Unfall ausgehen, bleibt die Frage nach der Adäquanz der seit dem Unfall geklagten Beschwerden mit dem Ereignis vom 18. April 2002 zu klären.

4.2 Nach der Rechtsprechung des EVG kann bei Unfällen, welchen eine Geschwindigkeitsänderung von lediglich 5 bis 9 km/h zugrunde liegt, die Adäquanz des Kausalzusammenhangs in der Regel ohne Weiteres verneint werden, weil auf Grund 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 (Urteil des EVG in Sachen B. vom 7. August 2001, U 33/01). Im Urteil i.S. S. vom 8. August 2005, U 158/05, wies das EVG sodann auf ein Präjudiz vom 10. November 2004 (Urteil i.S. R., U 174/03, Erw. 5.4) hin, in welchem bei einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 4 bis max. 7 km/h das Ereignis nicht als leichter, sondern als banaler Unfall qualifiziert wurde. In diesem Entscheid hielt das EVG fest, dass namentlich bei kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen unter 10 km/h und dem weitgehenden Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall aufgetretenen Beschwerden grundsätzlich von einem leichten Unfall auszugehen sei (Erw. 5.2). Das EVG ging in seiner Praxis ferner bei einer Geschwindigkeitsänderung von 4,5 km/h von einer leichten Kollision aus (Urteil i.S. B. vom 23. August 2007, U 402/05, Erw. 6.1).

4.3 In der Praxis des Bundesgerichtes finden sich indes auch Beispiele, bei welchen eine Geschwindigkeitsänderung von 2 bis 7 km/h als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft wurde (Urteil i.S. S. vom 3. Oktober 2008, 8C_89/2000, Erw. 7). Hierbei ging es indes lediglich um die Feststellung, dass jedenfalls nicht von einem schwereren Ereignis ausgegangen werden könne.

4.4 Die Ergebnisse des technischen Gutachtens H. (Urk. 14/UAG S. 9), mithin die Errechnung einer Geschwindigkeitsänderung von 2 bis 3 km/h, werden vom Beschwerdeführer in Zweifel gezogen (Urk. 1 S. 8). Die Gutachter legten indes detailliert und unter Bezugnahme auf verschiedene Sachverhaltsschilderungen sowie die erkannten (eher marginalen) Schäden an den beteiligten Fahrzeugen dar, wie sie auf den entsprechenden Wert kamen. Hält man sich zudem vor Augen, dass die Kollision seitlich erfolgte und nicht mit voller Wucht, wie es beispielsweise bei einem Auffahrunfall von hinten der Fall ist, wird das Ergebnis vollends verständlich. Demnach ist vorliegend von einem überwiegend wahrscheinlichen Delta-v Wert von 2 bis 3 km/h auszugehen. Von weiteren Beweismassnahmen sind keine abweichenden Resultate zu erwarten - sofern angesichts des Zeitablaufs solche überhaupt noch möglich sind -, weshalb darauf verzichtet werden kann.

4.5 Bei diesem Ergebnis steht fest, dass es sich beim Ereignis vom 18. April 2002 um einen leichten beziehungsweise banalen Unfall handelt. Damit ist eine

vermöglichen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Demgemäss hat die Beschwerdegegnerin ihr Leistungen zu Recht per 31. März 2007 eingestellt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt David Husmann

- FRSprecher Martin Bärkle

- 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.