

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00173 vom 25. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00173](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00173)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00173 du 25 mars 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00173 del 25 marzo 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1956 geborene A.\_\_\_\_ war bei den B.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_) als Teamleiter im Rangierdienst zu 70 % im Büro und zu 30 % im Geleisefeld tätig (Urk. 11/13 S. 1) und obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 6. April 2004 als Lenker eines in einer Kolonne stehenden Personenwagens von hinten von einem Lastwagen angefahren wurde (Urk. 11/1, Urk. 11/4-5, Urk. 11/13 S. 2). Der Versicherte wurde an demselben Tag von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, untersucht, der die Diagnose einer Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion stellte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Bericht vom 6. Mai 2004; Urk. 11/2). Einen Arbeitsversuch vom 19. April 2004 brach der Versicherte wegen zunehmender Kopf- und Nackenbeschwerden nach drei Stunden wieder ab (Urk. 11/13 S. 2). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, beauftragte die Radiologie des Stadtspitals F.\_\_\_\_ Zürich (nachfolgend: F.\_\_\_\_ Spital) mit der Erstellung einer Magnetresonanztomographie (MRT, englisch: Magnetic Resonance Imaging, MRI), nachdem der Versicherte im Laufe des Nachmittags nach der Auffahrkollision über zunehmende Kopfschmerzen und mit zunehmendem zeitlichem Abstand über verstärkte heftige Schmerzen im suboccipitalen Bereich links, ausstrahlend gegen die Scapula bei fehlenden neurologischen Ausfällen und radiologisch unauffällig beschriebenen Normalbefund geklagt habe, wobei wegen heftiger Abwehrspannung eine aussagekräftige Untersuchung nicht mehr möglich gewesen sei (Bericht vom 27. Mai 2004; Urk. 11/8). Das MRI des F.\_\_\_\_ Spitals vom 3. Juni 2004 ergab keinen Hinweis auf eine disco-ligamentäre Pathologie im Bereich der HWS, insbesondere im zerviko-occipitalen Übergang, bei regelrechtem Alignment der HWS mit geringen physiologischen degenerativen Veränderungen am Atlantodentalgelenk und geringen medianen Bandscheibenhernien der Halswirbel C3/4 und C4/5 ohne Einengung des Spinalkanals und bei freien Neuroforamina (Urk. 11/16). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 16. Juli 2004 führte Dr. E.\_\_\_\_ die Diagnose posttraumatisches zervikozephalisches Syndrom mit Verdacht auf neuropsychologische Störungen auf und bezeichnete den Verlauf als unbefriedigend. Der Versicherte habe seit Ende Mai 2004 nach Abklingen der Schulterbeschwerden nach Lavage zunehmende zervikozephalische Beschwerden begleitet von Schlafstörungen, Angstzuständen etc. Die klinischen Befunde seien wenig auffällig und die HWS-Untersuchung durch Selbstlimitierung erschwert. Die Physiotherapie sei wegen Schmerzauslösung sistiert worden (Urk. 11/20).

1.2 Der Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, bestätigte gemäss dem Bericht vom 29. Juli 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

und empfahl eine stationäre Rehabilitation, unter anderem zur Abklärung der Selbstbeschränkung und für weitere (insbesondere neurologische) Abklärungen, nachdem der Versicherte anlässlich der Untersuchung gleichen Datums über andauernde Nacken- und Kopfschmerzen im Sinne eines zervikozephalen Syndroms sowie eine gewisse Symptomausweitung mit wechselnd dysästhetischer linker Gesichtshälfte geklagt hatte und klinisch eine auffällige Situation mit demonstrativ wirkendem grösstenteils fixiert gehaltenem Kopf sowie massivster Druckschmerzhaftigkeit trotz nicht tonuserhalteter Muskulatur festgestellt worden war (Urk. 11/21 S. 3).

Am 27. Juli 2004 erstellte die H. \_\_\_ (nachfolgend: I. \_\_\_) eine biomechanische Kurzbeurteilung und schätzte die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des involvierten Audi C4 als knapp innerhalb oder oberhalb eines Bereichs von 10-15 km/h gelegen ein. Aus biomechanischer Sicht seien die beim Versicherten festgestellten Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung bereits im Normalfall (ohne besondere Körperhaltung, Vorbeschwerden etc.) erklärbar (Urk. 11/30 S. 2 f.).

Vom 8. September bis 13. Oktober 2004 hielt sich der Versicherte in der J. \_\_\_ auf, wo die Diagnosen einer HWS-Distorsion mit zervikozepalem Schmerzsyndrom und Tendenz zu maladaptivem Umgang im Zusammenhang mit den Schmerzen mit Schonhaltung und Selbstlimitierung in vielen Aktivitäten (Symptomausweitung) sowie einer Periarthropathia humero-scapularis (PHS) rechts bei Tendinosis calcarea (unfallfremd) und eines Diabetes mellitus Typ 2 insulinpflichtig gestellt wurde. Es wurde bei Austritt eine Arbeitsfähigkeit zur schrittweisen Angewöhnung/Anpassung an die Arbeit für zunächst vier Wochen bis auf 50 % attestiert; danach sollte eine sukzessive Steigerung möglich sein (Austrittsbericht vom 18. Oktober 2004; Urk. 11/43 S. 1 und S. 3). Gemäss dem Bericht vom 15. September 2004 konnten aufgrund des in der J. \_\_\_ durchgeführten psychopathologischen Konsiliums vom 14. September 2004 keine psychopathologische Störung mit Krankheitswert und keine Notwendigkeit zu einer psychopharmakologischen Therapie festgestellt werden, jedoch die Tendenz zu dysfunktionalem Schmerzzeugungs- und Bewältigungsmuster im Zusammenhang mit den Schmerzen (Urk. 11/41 S. 3). Das neurologische Konsilium vom 8. Oktober 2004 ergab weitgehend einen normalen Neurostatus (Urk. 11/42 S. 2).

Ab 14. Oktober 2004 nahm der Versicherte seine Erwerbstätigkeit im Büro im Umfang von 50 %, ab Mitte Dezember 2004 bei ganztägiger Präsenzzeit auf (Urk. 11/46 S. 1, Urk. 11/63 S. 2, Urk. 11/140 S. 4). Am 6. April 2005 untersuchte der Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ den Versicherten erneut und hielt im Bericht gleichen Datums fest, er habe mit dessen Einverständnis die Restarbeitsfähigkeit (richtig: Restarbeitsunfähigkeit) entsprechend dem Anteil der Arbeit ausserhalb des Büros ab 7. April 2005 auf 30 % reduziert. Der Versicherte leide noch an wechselnder Schmerzhaftigkeit im Schultergürtel und vor allem im Nacken, zeitweise auch an haufenförmigen Kopfschmerzen ausstrahlend vom Okziput nach vorne. Subjektiv und objektiv habe die HWS-Beweglichkeit deutliche Fortschritte gemacht, der Kopf werde aber noch immer auffallend steif gehalten (Urk. 11/63 S. 3).

Gemäss dem ärztlichen Zwischenbericht von Dr. E. \_\_\_ vom 11. Juli 2005 hatte der Versicherte anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 11. März 2005 über extreme Empfindlichkeit der ganzen Nackenregion und weckenden Nacken- sowie Kopfschmerzen geklagt. Klinisch bestanden nur diskrete Einschränkungen der

HWS-Beweglichkeit und keine verbindlichen Instabilitäten. Eine gewisse Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden, den neuropsychologischen Beschwerden sowie den subjektiven Schmerzangaben sei zu vermuten (Urk. 11/80). Am 26. Oktober 2005 wurde der Versicherte vom Kreisarzt Dr. med. K. \_\_\_ untersucht, der gemäß dem Bericht gleichen Datums bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % attestierte und ein Krafttraining unter physiotherapeutischer Anleitung und Beobachtung zur Kräftigung der geschwächten Scapulafixatoren empfahl (Urk. 11/83 S. 4 f.). Im Bericht vom 16. März 2006 erklärte Dr. E. \_\_\_ aufgrund der Konsultation vom 13. Februar 2006, der Versicherte leide weiterhin an Kopf- und Nackenschmerzen mit eingeschränkter HWS-Beweglichkeit sowie zum Teil erheblich beeinträchtigter Konzentrationsfähigkeit, wobei klinisch auffalle, dass er die HWS praktisch nicht bewege. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden lege den Verdacht auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nahe (Urk. 11/100). Dr. E. \_\_\_ bestätigte die Arbeitsfähigkeit von 90 % (ohne Tätigkeiten im Rangierdienst) im Bericht vom 29. Mai 2006 bei gleichgebliebenem Beschwerdebild und erklärte, die Annahme eines chronischen posttraumatischen Syndroms sei wahrscheinlicher als jene einer posttraumatischen Belastungsstörung, da es an einem für diese Diagnose nötigen Trauma fehle. Es sei gegebenenfalls ein interdisziplinäres Gutachten in Erwägung zu ziehen (Urk. 11/113). Nachdem sich der Versicherte am 14. Juli 2006 wegen erneut intensiver, den Schlaf regelmäßig störender Nackenschmerzen bei Dr. E. \_\_\_ gemeldet hatte, empfahl dieser im Schreiben vom 22. August 2006 die Überweisung an eine Schmerzklinik und eine interdisziplinäre Begutachtung, da der Endzustand erreicht zu sein scheine (Urk. 11/119). Am 26. Juli 2006 war in der Privatklinik L. \_\_\_ eine Sonographie (Ultraschall) von der Nackenregion des Versicherten gemacht worden, welche eine unauffällige Morphologie und Topographie der nuchalen Halsweichteile ohne extraossäre Verkalkung und mit regelrechter Muskelfaserstruktur innerhalb der paravertebralen Muskulatur ergab (Urk. 11/119.2). Im Schreiben vom 4. September 2006 erklärte der Kreisarzt Dr. K. \_\_\_, die beim Versicherten Ende September 2006 anstehende Kataraktoperation (Operation des Grauen Stars) und die Reorganisation am Arbeitsplatz mit Kündigung und Neuanstellungsprozedere (Neubewerbung, Assessment) seien Gründe genug, um ein chronisches Schmerzsyndrom zu unterhalten, weshalb medizinische Massnahmen - entgegen der Empfehlung von Dr. E. \_\_\_ - derzeit nichts nützen würden und davon abzusehen sei (Urk. 11/121). Gemäss dem Bericht von Dr. med. M. \_\_\_ des Medical Services vom 4. Oktober 2006 ergab ein psychologisches Gutachten der Diagnostik C. \_\_\_ zur Frage des Wiedereinsatzes des Versicherten im Sicherheitsbereich (Rangierdienst), dass dieser unter ausgeprägter zeitlicher Belastung eine verlangsamte Reaktion aufweise und bei Dauerbeanspruchung vorzeitig ermüde, weshalb eine Rückkehr in den Rangierdienst noch nicht zu verantworten sei (Urk. 11/127.1). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 18. Dezember 2006 stellte Dr. E. \_\_\_ fest, dass bei unveränderten Beschwerden (Nackenschmerzen links, eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, vegetative Begleitreaktion wie Schwindel etc.) das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung nicht ausgeschlossen werden könne. Er empfahl erneut eine interdisziplinäre Begutachtung (Urk. 11/131).

1.4.4.4 Am 20. März 2007 führte der Kreisarzt Dr. K. \_\_\_ die ärztliche Abschlussuntersuchung durch, anlässlich welcher der Versicherte über dauernde Schmerzen im Nacken von unterschiedlicher Intensität und seltenen Kopfschmerzen klagte. Dr. K. \_\_\_ kam zum Schluss, bis heute würden eine Verspannung nuchal, aktuell

vor allem betreffend den Trapezius rechtsbetont und den Levator scapulae rechts, und eine knapp belastbare Schulter- und Nackenmuskulatur rechtsbetont persistieren. Die derzeit einzige medizinische Unterstützung in Form der Akupunktur sei aus praktischen Überlegungen zu befürworten, wobei die Sitzungen mittelfristig ausged hnt werden können. Ein bleibender Nachteil sei nicht zu befürchten, weshalb die Frage der Integrationseinbusse entfalle (Urk. 11/140 S. 5).

1.5. Mit Verfügung vom 24. August 2007 verneinte die Suva einen adäquaten Kausalzusammenhang der als organisch nicht hinreichend nachweisbar beurteilten Beschwerden zum Unfallereignis vom 6. April 2004 und stellte die gesetzlichen Versicherungsleistungen per 30. September 2007 ein (Urk. 11/151 S. 1). Mit Schreiben vom 26. September 2007 liess der Versicherte unter Beilage des Berichts von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 5. März 2008 Einsprache erheben (Urk. 11/154). Am 18. Februar 2008 hatte Dr. N.\_\_\_\_ gemäss dessen Bericht vom 5. März 2008 eine Funktions-Computertomographie (CT) von den Wirbeln C0-C7 erstellt, welche eine normale Anatomie und Anordnung der Kopf Gelenke ohne Hinweise auf eine relevante Segmentst rung, eine durch die muskuläre Dysbalance bei myofascialer Symptomatik bedingte Hypomobilit t C5 bis C7 nach rechts und als die Beweglichkeit nicht beeinflussende Nebenfunde Verkalkungen des Ligamentum apicale dentis und atlanto clivale ergab. Er schloss daraus, dass der Versicherte vor allem myotonolytischer Behandlung bedürfte und die eingeschränkte Reklination muskulär bedingt sei. Die Arbeitsfähigkeit im Büro betrage 100 %. Es best nden keine unfallfremden Faktoren, die Beschwerden seien organisch bedingt (Urk. 11/171 S. 2 ff.).

         Mit Einspracheentscheid vom 16. April 2008 wies die Suva die Einsprache des Versicherten vom 26. September 2007 ab (Urk. 2).

2.         Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 19. Mai 2008 Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 16. April 2008 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die Versicherungsleistungen zur Deckung der Kosten der ärztlichen und insbesondere physiotherapeutischen Behandlung weiterhin zu erbringen und den Entscheid über den Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung um mindestens ein Jahr ab Rechtskraft des Beschwerdeentscheides aufzuschieben (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 8. September 2008 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10 S. 2). In der Replik vom 24. November 2008 (Urk. 16 S. 2) und in der Duplik vom 23. Dezember 2008 (Urk. 20 S. 2) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Mit Verfügung vom 29. Dezember 2008 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 21).

         Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.        

1.1.       Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

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

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

### E. 1.3

1.3.1.1 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).

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

1.3.3.1 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgen ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die

Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 22. November 2002, U 207/01, Erw. 1).

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 Eindringlichkeit 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).

## 2.1.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es hätten beim Beschwerdeführer im Rahmen umfangreicher



Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

3.2.1.1 Zurzeit der Einstellung der Leistungen per Ende September 2007 (Urk. 11/151 S. 1) klagte der Beschwerdeführer vor allem noch über Nackenschmerzen und eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sowie über Schlafstörungen.

Kopfbeschwerden hatte er kaum noch (kreisärztlicher Abschlussbericht von Dr. K. \_\_\_ vom 20. März 2007; Urk. 11/140 S. 3 f.). Dr. E. \_\_\_ hielt im Bericht vom 24. September 2007 aufgrund der Verlaufskontrolle vom 21. September 2007 fest, der Beschwerdeführer klage weiterhin über absolut glaubwürdige Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich verbunden mit Konzentrationsproblemen etc. (Beilage 3 zu Urk. 11/154). Dr. N. \_\_\_ führte im Bericht vom 5. März 2008 schliesslich aus, der Beschwerdeführer habe das Vorliegen von Schwindel, Tinnitus und Sehstörungen verneint. Jedoch lasse (nach wie vor) die Konzentration nach längerer Zeit nach (Urk. 11/171 S. 2). Die Restbeschwerden bestanden somit im Wesentlichen in Nackenbeschwerden, Schlafstörungen und Konzentrationsbeeinträchtigungen.

### 3.3.1.1

3.3.1.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, welche organischen und welche neurologischen Befunde zum konkreten Beschwerdebild vorliegen würden, sei durch ein Gutachten zu klären. Dr. N. \_\_\_ habe (im Bericht vom 5. März 2008, Urk. 11/171 S. 4) bestätigt, dass die Beschwerden organisch bedingt seien (Urk. 16 S. 9). Ausserdem bestehe (gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik vom 18. Oktober 2004; Urk. 11/43 S. 2) eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit paravertebalem Muskelhartspann und massiven Druckdolenz im Bereich der kurzen Nackenmuskulatur sowie der Linea nuchea und der paravertebralen Muskulatur. Es würden klar unfallbedingte Läsionen vorliegen, auch wenn es mit der heutigen Technik noch nicht möglich sei, diese Läsionen mit bildgebenden Verfahren zu bestätigen (Urk. 16 S. 19).

3.3.2.1 Dagegen ist mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 20 S. 1 f.) festzuhalten, dass Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, eine Druckdolenz im Nacken sowie eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden können (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 25. Juli 2007 in Sachen O., U 328/06, Erw. 5.2 mit Hinweisen). Auch dem Bericht von Dr. N. \_\_\_ vom 5. März 2008 ist nichts anderes zu entnehmen. Das CT ergab keine Hinweise auf eine relevante Segmentstörung. Die festgestellte Hypomobilität C5 bis C7 nach rechts und die eingeschränkte Reklination beurteilte Dr. N. \_\_\_ als muskulär bedingt. Die aufgezeigten groben Verkalkungen des Ligamentum apicale dentis und atlanto clivale würden die Beweglichkeit der Kopfgelenke nicht beeinträchtigen (Urk. 11/171). Ebenso brachten die weiteren bildgebenden und neurologischen Untersuchungen keine unfallbedingten Läsionen oder organischen Befunde im schmerzenden Nackenbereich zu Tage. Die Röntgenaufnahmen der HWS zeigten einen normalen Befund (Urk. 11/8 S. 1, Urk. 11/14 S. 1). Auch das MRI der HWS (Urk. 11/16) und die Sonographie der Nackenregion (Urk. 11/119.2) waren im Wesentlichen unauffällig. Die Ärzte der J. \_\_\_ beurteilten das Beschwerdebild gemäss dem Austrittsbericht der J. \_\_\_ vom 18. Oktober 2004 nach polydisziplinärer Abklärung als myofasiales Schmerzsyndrom bei entsprechenden Weichteilbefunden, welches durch eine Tendenz zu maladaptivem Umgang im Zusammenhang mit den Schmerzen unterhalten werde. Es fand sich kein Anhalt für eine

radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Das neurologische Konsilium vom 8. Oktober 2004 (Urk. 11/42) ergab bis auf eine leichte Asymmetrie und Unsicherheit im Gleichgewichtssystem, welche ohne Weiteres durch die schmerzhaft veränderte Situation im Schulter-/Nackebereich bedingt sein könnte, einen normalen Neurostatus (Urk. 11/43 S. 2). Des Weiteren kann eine Hirnschädigung (englisch: mild traumatic brain injury, MTBI) als unwahrscheinlich ausgeschlossen werden, nachdem im Anschluss an den Unfall nur wenige Minuten leichte neurologische Befunde ohne Amnesie (Urk. 11/42 S. 2) und ausser Schwindel auch keine Hinweise auf Bewusstseinsstörungen aufgetreten waren.

3.3.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit dem massgeblichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine organischen Unfallfolgen nachgewiesen sind. Von einem Gutachten respektive weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, nachdem die erforderlichen apparativen/bildgebenden Abklärungen durchgeführt worden sind, weshalb davon abzusehen ist.

#### 4. Zusammenfassung

4.1 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 3, Urk. 10 S. 9 f.) entsprechen die vom Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall geklagten und ärztlich dokumentierten Beschwerden insgesamt dem in der Rechtsprechung anerkannten typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas (oder eines äquivalenten Verletzungsmechanismus) mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw. (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Dabei ist es nicht notwendig, dass das gesamte Beschwerdebild unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftritt. Es genügt, wenn innerhalb einer Latenzzeit von maximal 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion, an der HWS und/oder Kopfbeschwerden auftreten, ohne dass die weiteren zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörenden Beschwerden bereits dann vorliegen (SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75 Erw. 5 mit Hinweisen, U 215/05; Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2008 in Sachen S., 8C\_8/2007, Erw. 4.1). Ebenfalls nicht vorausgesetzt wird, dass sämtliche in der Aufzählung genannten Beschwerden auftreten.

4.2 Der Beschwerdeführer versparte gemäss dem Bericht des erstbehandelnden Arztes vom 3. Mai 2004 nach dem Aufprall während mehrerer Minuten Schwindel. Er musste sich hinlegen. Anlässlich der Untersuchung bei Dr. D. \_\_\_ drei Stunden nach dem Unfall litt der Beschwerdeführer bereits unter Schmerzen im Musculus trapezius links am Oberrand, mithin im Nacken. Im Verlauf der nächsten Tage seien eine Zunahme der Schmerzen, insbesondere auch mit Kopfweh und Konzentrationsschwäche entstanden (Urk. 11/3). Im Dokumentationsbogen für die Erstkonsultation vom 26. April 2004 hielt Dr. D. \_\_\_ ebenfalls Nackenschmerzen zwei Stunden nach dem Unfall sowie Kopfschmerzen vier bis fünf Tage nach dem Unfall fest (Urk. 3/4 S. 1). Anlässlich der Sitzung mit dem Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2004 gab der Beschwerdeführer zu Protokoll, er sei nach der Auffahrkollision aus dem Wagen ausgestiegen und habe sich sofort wieder setzen müssen. Nach zirka zehn Minuten habe er sich wieder erhoben und immer noch Schwindel gespürt. Auch habe er etwas vernebelt gesehen. Es sei auch sofort ein leichtes Ziehen im linken Nackenbereich zu spüren gewesen. Es sei ihm ausserdem etwas Übel

gewesen. Die Beschwerden seien in den folgenden Stunden immer schlimmer geworden, vor allem die Kopfschmerzen, aber auch die Nackenbeschwerden. Mittlerweile leide er auch unter einer Steifigkeit im Nacken (Urk. 11/13 S. 2 f.). Vor dem Unfall sei es ihm psychisch immer sehr gut gegangen. Erst seit dem Unfall sei er ziemlich niedergeschlagen (Urk. 11/13 S. 1). Im Verlauf klagte der Beschwerdeführer zusätzlich über Schlaf- und Angststörungen sowie über vegetative Symptome wie Schwindel und Nausea bei aktiver und passiver Flexion und Extension des Kopfes (Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 28. Mai 2004 betreffend die Untersuchung vom 18. Mai 2004; Urk. 11/14 S. 2). Der Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ hielt im Bericht vom 29. Juli 2004 nebst den andauernden Nacken- und Kopfbeschwerden im Sinne eines zervikozephalen Syndroms zusätzlich eine Symptomausweitung mit wechselnd dysästhetischer linker Gesichtshälfte fest (Urk. 11/21 S. 3). Im Rahmen des neuropsychologischen Konsiliums der J. \_\_\_ vom 8. Oktober 2004 wurde vermerkt, der Beschwerdeführer sei während ein bis zwei Monaten nach dem Unfall vergesslicher und weniger fröhlich. Auch habe er Albträume gehabt (Urk. 11/42 S. 1). Dem Austrittsbericht der J. \_\_\_ vom 18. Oktober 2004 ist sodann zu entnehmen, dass es beim Beschwerdeführer vier Wochen nach dem Unfall zu Schlafstörungen, Angstzuständen und Vergesslichkeit gekommen sei. Auch habe er eine verminderte Sensibilität nach dem Erwachen für zirka eine Stunde im Bereich der linken Gesichtshälfte angegeben (Urk. 11/43 S. 5). Aufgrund der beruflichen Abklärung mittels psychologischer Begutachtung hielt Dr. M. \_\_\_ im Bericht vom 4. Oktober 2006 schliesslich eine verlangsamte Reaktion und vorzeitige Ermüdbarkeit fest (Urk. 11/127 S. 1). Dr. E. \_\_\_ fasste die Beschwerden im Bericht vom 29. Mai 2006 folgendermassen zusammen: depressive Stimmung, Schlafstörungen, Angstausserungen, vegetative Symptome, neuropsychologische Funktionsstörungen, schmerzhafte Nackensteife und Verspannung der Schulter- und Nackenmuskulatur, occipital betonte Kopfschmerzen, Erschöpfbarkeit, Leistungsminderungen (Urk. 11/113).

#### 4.3.1.1

Aufgrund dieser Häufung von Beschwerden lässt sich ein natürllich unfallkausales HWS-Schleudertrauma (resp. ein äquivalenter Verletzungsmechanismus) nicht mit der Begründung der mangelnden Beschwerden des typischen Beschwerdebildes verneinen, zumal auch die Diagnose einer beim Unfall erlittenen HWS-Distorsion als gesichert zu betrachten ist. Zu den initialen Nackenschmerzen sind weite Teile des typischen bunten Beschwerdebildes mit der hiefür üblichen Verstrickung somatischer und psychischer Komponenten hinzugekommen, wenn auch in psychischer Hinsicht ohne eigenständigen Krankheitswert (Urk. 11/41 S. 3), so doch mit Einfluss auf die Leistungsfähigkeit (vgl. den Bericht von Dr. Schweiwiller vom 4. Oktober 2006, Urk. 11/127.1). Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 6. April 2004 eine HWS-Verletzung erlitten hat, welche für die danach aufgetretenen Beschwerden zumindest teilweise natürllich kausal ist und die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis bei der Adäquanzprüfung gemäss BGE 117 V 359 (präzisiert in BGE 134 V 109) rechtfertigt.

Ob ein natürllicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 6. April 2004 und den beim Beschwerdeführer fortbestehenden Beschwerden auch noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende September 2007 haupt- oder mindestens teilursächlich zu bejahen ist, kann hier offen bleiben, da ein allfälliger Kausalzusammenhang, wie nachstehende Prüfung ergibt (vgl.



sei (Urk. 16 S. 12 f.). Denn gemäss dem I.\_\_\_\_-Bericht vom 27. Juli 2004 ist keine biomechanisch relevante Kopfdrehung anzunehmen, wenn ein Lenker in den Rückspiegel blickte, da sich dabei lediglich eine Kopfdrehung von 5-10° ergibt, wobei ein Lenker auch durch Augenbewegung ohne jede Kopfdrehung in den Rückspiegel blicken kann (Urk. 11/30 S. 3). Der Beschwerdeführer führte anlässlich der Sitzung vom 17. Juni 2004 zum Unfallhergang aus, er habe zum Glück genügend Abstand zum vor ihm befindlichen Fahrzeug gehabt und es sei gut gewesen, dass er noch in den Rückspiegel geschaut habe. Denn er habe gesehen, dass der rasant auffahrende grosse Lastwagen (Mercedes mit vier Achsen) nicht mehr zum Bremsen komme, weshalb er reflexartig das Steuerrad nach rechts herumgerissen habe (Urk. 11/13 S. 2). Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Aufprall die Hände mit den Armen geradeaus in Richtung Steuerrad und den Blick in den Rückspiegel gerichtet hatte. Eine besonders nach rechts gedrehte Körperhaltung, welche am I.\_\_\_\_-Ergebnis der unfallbedingten Geschwindigkeitsänderung zweifeln liesse, kann daraus gerade nicht abgeleitet werden. Ausserdem lag die Unfallstelle an einer Strasse, die nach oben führte (Urk. 11/13 S. 2), und die Unfallbeteiligten sahen sich vor Ort nicht dazu veranlasst, die Polizei zu involvieren. Die Heckauffahrkollision vom 6. April 2004 ist daher nach dem hier allein massgebenden augenälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelten Kräften als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren.

Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges wäre somit dann zu bejahen, wenn eines der in Erwägung 1.3.3 hievordargelegten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder wenn mehrere dieser Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt wären (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Oktober 2009 in Sachen K., 8C\_421/2009, Erw. 5).

## E. 5.2

5.2.1 Die Heckauffahrkollision vom 6. April 2004 ereignete sich unstrittig (Urk. 16 S. 13) und mangels entsprechender Anhaltspunkte weder unter besonders dramatischen Begleitumständen, noch war er von besonderer Eindringlichkeit.

5.2.2 Zum Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen hat das Bundesgericht im erwähnten BGE 134 V 127 Erw. 10.2.2 seine Rechtsprechung bestätigt, wonach die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung genügt. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 [U 339/06], Erw. 5.3; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 [U 380/04] Erw. 5.2.3 mit Hinweisen). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 16, Urk. 16 S. 13 f.) liegen eine besondere Schwere der typischen Beschwerden und besondere Umstände nicht vor. Dies zeigt sich schon daran, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall nicht umgehend hospitalisiert werden musste und sich das typische Beschwerdebild nicht in besonders ausgeprägter Weise zeigte, sondern sich im Rahmen des üblichen bewegte, zumal sich die den Beschwerdeführer belastenden Beschwerden hauptsächlich auf den Nacken beschränkten. Wie in Erwägung 5.1 hievordargelegt, ist zudem nicht ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer beim Aufprall eine besondere Körperhaltung, die besondere Komplikationen bewirkt hätte (vgl. dazu SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86 [U



ausgeprägter Weise vorliegt. Denn die anfänglich vollständige Arbeitsunfähigkeit konnte sukzessive verbessert werden. Bereits Mitte Oktober 2004 konnte der Beschwerdeführer die Erwerbstätigkeit zu 50 % wieder aufnehmen (Urk. 11/46 S. 1) und ab Anfang April 2005 auf 70 % (Urk. 11/63 S. 3) sowie ab spätestens 26. Oktober 2007 auf 90 % (Urk. 11/83 S. 4 f.) steigern.

5.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass von den sieben relevanten Kriterien höchstens zwei erfüllt sind, keines davon jedoch in ausgeprägter Weise. Zur Bejahung der Adäquanz allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden genügt dies bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen nicht (ebenso: Urteil des Bundesgerichts vom 2. Oktober 2009 in Sachen K., 8C\_421/2009, Erw. 5.8 mit Hinweisen). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Mai 2008 (Urk. 2) ist daher nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist mangels Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 6. April 2004 und allfälligen nach dem 30. September 2007 (Urk. 11/151 S. 1) bestehenden Unfallfolgen abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Hubert Zürcher

- Rechtsanwalt Christian Leupi

- Bundesamt für Gesundheit

- Visana Services AG, Leistungszentrum Zürich, Vers.-Nr. X.\_\_\_\_, Postfach 1120, 8048 Zürich

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.