

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00180 vom 30. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00180

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00180 du 30 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00180 del 30 marzo 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Oktober 2007 eingestellt hat.

2.2. Die Leistungseinstellung wurde von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid einerseits mit dem Erreichen des status quo sine vier bis sechs Wochen nach den Unfällen und damit dem Wegfall der natürlichen Kausalität, und andererseits mit der fehlenden Adäquanz der geltend gemachten Beschwerden begründet, wobei sie sich dabei auf die Rechtsprechung nach BGE 115 V 140 stützte (Urk. 2). Im Rahmen ihrer ausführlichen Eingaben in diesem Verfahren liess die Beschwerdegegnerin, wie schon in der Verfügung vom 4. Dezember 2007 (Beilage 2 zu Urk. 11/Z117), sodann darlegen, dass allein schon der Umstand, dass nur möglicherweise eine Distorsion der HWS vorliege, zusammen mit den vom Beschwerdeführer genannten Erstbeschwerden nicht auf die natürliche Kausalität schliessen lasse (vgl. unter anderem Urk. 10 S. 28).

2.3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass das typische Beschwerdebild des ärztlicherseits diagnostizierten HWS-Distorsionstraumas gegeben sei und der zweite Unfall die Folgen des ersten verschlimmert und zum Auftreten weiterer Beschwerdeelemente geführt habe. Relevante Vorzustände liegen keine vor. Zur Adäquanzprüfung liess er zusammengefasst ausführen, dass diese zu früh erfolgt sei, da aufgrund der von Dr. H. vorgeschlagenen Behandlungen eine wesentliche Besserung zu erwarten sei. Ausserdem seien mit den bildgebenden Mitteln organische Unfallfolgen klar nachgewiesen worden, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang ohne Weiteres gegeben sei. Sollte hiervon wider Erwarten nicht ausgegangen werden, sei klarerweise auf die Adäquanzbeurteilung nach BGE 117 V 160 Erw. 4b abzustellen, da nichts auf eine psychische Problematik hindeute. Diesfalls wäre sie ebenfalls zu bejahen, da die Adäquanzkriterien hinreichend erfüllt seien (Urk. 1, 14).

E. 3

3.1. Zu Art und Verlauf der erlittenen Verletzungen und der nach den Unfällen vom 6. September und 28. November 2005 aufgetretenen Beschwerden ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2. Dr. L., Assistenzärztin der Unfallchirurgie des K., stellte im am Unfalltag ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma die vorläufige Diagnose einer

HWS-Distorsion. Zum Unfallhergang notierte sie unter anderem, dass ein Kopfanprall an der Kopfstütze stattgefunden habe. Angaben zur Kopfstellung finden sich keine. Nach Angaben des Beschwerdeführers seien 10 Minuten nach dem Unfall Kopf-, eine halbe Stunde danach Nackenschmerzen aufgetreten. Ausserdem erwähnte er Schwindel und Übelkeit. Ein Erbrechen wurde verneint. Dr. L. ___ erhob einen Druckschmerz im Bereich des linken Nackens (Urk. 11/ZM3). Das CT der HWS war unauffällig (Urk. 11/ZM2).

Der Hausarzt Dr. B. ___ untersuchte den Beschwerdeführer am 9. September 2005. Seine Diagnose in den Berichten vom 17. und 30. September 2005 lautete auf ein HWS-Akzelerationstrauma. In Abweichung zu Dr. L. ___ notierte er eine nach links rotierte Kopfstellung beim Unfall sowie ein zweimaliges Erbrechen danach. Neben den Kopf- und Nackenschmerzen, dem Schwindel und der Übelkeit hielt er eine schmerzhafteste Beweglichkeitseinschränkung sowie eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der gesamten HWS fest (Urk. 11/ZM1 und 3).

Telefonisch erwähnte der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin am 13. September 2005 Nacken- und Kopfschmerzen sowie Konzentrationsprobleme und Übelkeit (Urk. 11/Z4). Am 25. Oktober 2005 erklärte er gegenüber der zuständigen Sachbearbeiterin, sein Zustand habe sich verbessert, er schlafe 12 bis 14 Stunden täglich. Als Beschwerden erwähnte er wiederum Nacken- und Kopfschmerzen, Übelkeit (selten) und Müdigkeit/Schlafprobleme (Urk. 11/Z11).

Gemäss Bericht von Dr. B. ___ vom 5. Dezember 2005 traten nach dem zweiten Unfall, welcher zu einem zweiten HWS-Akzelerationstrauma geführt habe, Nackenschmerzen und -verspannungen, Ohrenweh rechts, Schmerzen im Kreuz und interscapulär sowie eine Verstärkung der Nausea hinzu (Urk. 11/Z116). Die HWS-CT pliplanar vom 7. Dezember 2005 zeigte wiederum regelrechte ossäre Strukturen und keine Anhaltspunkte für disco-ligamentäre Verletzungen (Urk. 11/ZM7).

Der Neurologe Dr. M. ___ führte gestützt auf seine Untersuchung vom 6. Dezember 2005 anamnestisch aus, dass im Anschluss an die erste Kollision Nacken- und Kopfschmerzen, Übelkeit auch bei Lagewechsel mit Brechreiz, sogenannte Brechattacken mit seltenem Erbrechen, Konzentrationsminderung und initial ein erhöhtes Schlafbedürfnis aufgetreten seien. Jetzt klagte der Beschwerdeführer über einen gestörten Schlaf mit Müdigkeit und Lärmüberempfindlichkeit. Insgesamt fand Dr. M. ___ keine neurologischen Auffälligkeiten, insbesondere auch keine Ursache für die lageabhängige Übelkeit mit Brechreiz, welche auch in der aktuellen Untersuchung aufgetreten sei. Insgesamt zeige der Beschwerdeführer die üblichen Beschwerden und Störungen nach Heckkollision sowie Zeichen der Besserung. Er empfahl eine möglichst rasche Mobilisierung und Rückführung in den Arbeitsprozess (Urk. 11/ZM8-9).

Gemäss Dr. B. ___ kam es nach einem Arbeitseinsatz vom 31. Dezember 2005 im Nachtclub mit lauter Musik und vielen Gästen zu einem Rückfall mit seitenwechselnden Kopfschmerzen occipital bis frontal, Schmerzen im Nacken und Schultergürtel beidseits, in den Oberarmen und einer Behinderung in der rechten Schulter bei Innenrotation. Ausserdem leide der Beschwerdeführer an Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Übelkeit und Nachtschweiss. Der Beschwerdeführer sei vorläufig nur für administrative Aufgaben im Backoffice im Rahmen von 25 % einsatzfähig. Dr. B. ___ empfahl eine psychotherapeutische Begleitung zum besseren Umgang mit den Beschwerden sowie eine Weiterführung der bisherigen Physiotherapie

und der Akupunktur mit einem eventuellen Wechsel auf Craniosakraltherapie (Urk. 11/ZM10). Dr. med. N.____, Ärztin für Allgemeine Medizin/Komplementärmedizin diagnostizierte in ihrem Bericht vom 7. Februar 2006 ebenfalls ein Akzelerationstrauma nach den beiden Unfällen und erwähnte ergänzend zu den genannten Beschwerden eine Konzentrationsverminderung, eine eingeschränkte Merkfähigkeit sowie eine schnelle Überreizung der Sinnesorgane, speziell akustisch (Urk. 11/ZM11).

Die Austrittsdiagnose im Bericht der C.____ vom 22. Juni 2006 (Urk. 11/ZM17) lautete auf einen Status nach zweimaligem Verkehrsunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion bei persistierendem zervikocephalem Symptomenkomplex und vegetativer Dysregulation.

Bei Eintritt seien vor allen Nacken- und Schulterschmerzen, ein ausgeprägtes Gefühl von Müdigkeit und Erschöpfung, Visusstörungen mit Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sowie Kopfschmerzen im Vordergrund gestanden. Insgesamt sei seit den Unfällen bis jetzt eine Besserung eingetreten. Im rheumatologisch-orthopädischen Status zeigte sich eine Druckschmerzhaftigkeit links paravertebral der HWK 3/4, ein Triggerpunkt im Oxziput und ein deutlicher paravertebraler Hartspann sowie eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit beidseits. Der Neuro- wie auch der Psychostatus waren unauffällig (Urk. 11/ZM17 S. 5). Die neuropsychologische Testung ergab ein weitgehend normgerechtes Leistungsprofil im Gedächtnis-, Exekutiv- und räumlich-visuellen Bereich. Die berichteten kognitiven Fehlleistungen im Alltag liessen sich gemäss der zuständigen Neuropsychologin FSP am ehesten als sekundäre Folge des persistierenden zervikocephalen Schmerzkomplexes erklären (vgl. neuropsychologischer Bericht zur stationären Untersuchung vom 29. bis 30. Mai 2006, Beilage zu Urk. 11/ZM18). Insgesamt erachteten die zuständigen Ärzte den Beschwerdeführer als zu 66 2/3 % arbeitsunfähig; eine eventuelle Steigerung sei abhängig vom Verlauf und nach Massgabe der Beschwerden (Urk. 11/ZM17). Dr. B.____ bescheinigte dem Beschwerdeführer ab 14. August 2006 bei einer leichten Beschwerdebesserung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/ZM21 und 11/ZM23).

Die seit dem 23. Juni 2006 anberaumte psychiatrische Therapie bei Dr. D.____ mit Gespräches- und Psychopharmakotherapie bezwecke die Prävention einer resignativen Dekompensation, die Verbesserung des Defizitmanagements und eine optimierte, selbstschützende Ich-Abgrenzung im eigenen Geschäft, was bei einem ehrgeizigen Jungunternehmer problematisch sei. Der Beschwerdeführer sei mit der Diagnose eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas zugewiesen worden. Differentialdiagnostisch müsse zum heutigen Zeitpunkt jedoch auch das Vorliegen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) in Erwägung gezogen werden. Einen Zusammenhang mit der Problematik, aufgrund welcher der Beschwerdeführer von August 1992 bis Dezember 1993 in seiner Behandlung gestanden habe (vgl. dazu Urk. 11/ZM15), verneinte Dr. D.____ klar (Urk. 11/ZM27).

Dr. I.____ stellte in seinem Gutachten vom 6. Juni 2007 (Urk. 15/13) gestützt auf die bisherigen medizinischen Akten, seine klinische Untersuchung und zusätzliche Röntgen- und Funktionsaufnahmen vom 16. April 2007 folgende Diagnosen mit Bezug zu den Unfallereignissen:

- Zustand nach zweimaligem HWS-Beschleunigungstrauma vom 6. September und 28. November 2005 nach Grad II der Quebec Klassifikation

- Postkommotionelles Syndrom
- Mögliche posttraumatische Belastungsstörung
- Fehlhaltung der HWS mit Nacken-Schulter-Verspannungen
- Eingeschränkte HWS-Beweglichkeit insbesondere in den Segmenten HWK4/HWK5 und HWK5/HWK6
- Beginnende Unkovertebralarthrose zervikothorakal
- Zervikovertebragenes chronifizierendes Schmerzsyndrom
- Spannungskopfschmerzen
- Vegetative Disregulation

Die Untersuchung des Bewegungsapparates ergab neben Verspannungen im Bereich der Nacken-Schulter-Muskulatur eine eingeschränkte und schmerzhafte HWS-Beweglichkeit. Gemäss Dr. I. ___ lag aktuell eine deutlich höhere Stressanfälligkeit vor als vor den Unfällen. Der Beschwerdeführer bewege sich nach eigenen Angaben permanent an der Belastungsgrenze. Die geschilderten Symptome seien glaubhaft und würden zu den Unfallmechanismen passen. Unfallfremde Faktoren seien keine erkennbar (Urk. 15/13 insbesondere S. 3 und 4).

Im Rahmen der Begutachtung im E. ___ wurde der Beschwerdeführer am 18. und 19. Juni 2007 internistisch, orthopädisch-chirurgisch, rheumatologisch und psychiatrisch beurteilt. Anamnestic klagte er über unveränderte tägliche Nacken- und Kopfschmerzen; er könne aber besser damit umgehen. Da er die Ansammlung vieler Leute und den Lärm nicht mehr ertrage, arbeite er nicht mehr an der Front. Der Facharzt für Chirurgie, Dr. med. O. ___, erhob einen grundsätzlich unauffälligen internistischen, chirurgisch-orthopädischen sowie neurologischen Befund. Die HWS habe sich frei beweglich gezeigt. Mit Ausnahme vereinzelter druckschmerzhafter Myogelosen fand Dr. O. ___ keine Pathologie. Der zuständige rheumatologische Teilgutachter Dr. med. P. ___ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer offenbar an hartnäckigen Beschwerden suboccipital links mit zeitweise fortgeleiteten biparietalen, linksbetonten Missempfindungen leide. Mit Ausnahme von Irritationszonen C2 bis C3 links mit zusätzlich gering ausgeprägten möglichen Triggerpoints sei der Untersuchte nicht nur des zervikalen, sondern auch des übrigen Achsenskeletts unauffällig. Eine solch gering ausgeprägte Veränderung erlaube es nicht, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu begründen. Er vertrete die Meinung, dass der Beschwerdeführer auch in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Aufgrund der Vorgeschichte nehme er an, dass eine psychosoziale Problematik bestehe. Auffallend sei, dass der Beschwerdeführer angebe, es gehe ihm besser, als vor dem zweiten Unfall, vor welchem er beinahe schon eine 80%ige Arbeitsfähigkeit erreicht gehabt habe. Dementsprechend müsste aktuell mindestens eine ähnliche Arbeitsfähigkeit erwartet werden können. Zum jetzigen Zeitpunkt könne eine Unfallkausalität nicht mehr oder höchstens möglicherweise begründet werden. Der status quo sine sei erreicht (Beilage zu Urk. 11/ZM34).

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. Q. ___ führte gestützt auf seine Untersuchung vom 19. Juni 2007 aus, dass der Beschwerdeführer, welcher seit dem Unfall unter chronischen linksseitigen Nacken-Kopf-Schmerzen, Konzentrations- und

Aufmerksamkeitsstörungen und einem Libidoverlust leide, keine psychischen Symptome von Krankheitswert zeige. Die Nacken-Kopf-Schmerzen, die durch psychische Stresssituationen verstärkt würden, seien am ehesten im Sinne eines Spannungskopfschmerzes zu deuten (Beilage zu Urk. 11/ZM34).

In der zusammenfassenden Beurteilung kamen die zuständigen Ärzte zum Schluss, dass unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde keine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als Gastgewerbeunternehmer vorliege. Die vom Beschwerdeführer geäußerten Beschwerden seien höchstens mit dem Beweismoment der Möglichkeit natürlich-kausal mit den versicherten Ereignissen. Die Diagnose laute auf eine zervikale Irritationszone C2 bis C3 links mit/bei fehlendem pathologisch-anatomischem Korrelat, fortgeleiteten linksbetonten biparietalen Missempfindungen und einem Status nach möglichen leichten HWS-Distorsionen am 6. September und 28. November 2005. Gehe man davon aus, dass der Beschwerdeführer am 6. September 2005 respektive 28. November 2005 möglicherweise eine leichte Distorsion der HWS erlitten habe, so könne nach aller unfallmedizinischer Erfahrung vom Erreichen des status quo ante vier bis sechs Wochen nach dem Unfall ausgegangen werden (Urk. 11/ZM34 S. 20 ff.).

Der Neurologe Dr. F. ___ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 15. Februar 2008 gestützt auf die Akten dahingehend, dass gemäss dem E. ___-Gutachten im Sommer 2007 keine objektivierbaren Beschwerden mehr bestanden hätten. Er glaube dem Beschwerdeführer zwar durchaus, dass er subjektiv von vorhandenen Beschwerden ausgehe und dass diese unter Umständen von einem Arzt auch gefunden werden könnten. Dr. P. ___ beschreibe ja Irritationszonen C2 bis C3 links. Diese Befunde würden aber mit Sicherheit keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Dr. F. ___ erachtete den status quo sine als in etwa erreicht. Zur Frage, ob die psychische Problematik klar im Vordergrund stehe, äusserte er sich dahingehend, dass zwar keine psychiatrische Diagnose vorliege, doch erlebe der Beschwerdeführer seine Beschwerden subjektiv bedeutend stärker, als diese objektiviert werden könnten. Das Schmerzerleben stehe klar im Vordergrund. Dieses sei zur psychischen Problematik zu zählen. Weiter merkte Dr. F. ___ an, dass eine strukturelle Hirnschädigung nicht nachgewiesen sei. Daher sei es unerheblich, ob nach dem ersten Unfall ein Erbrechen stattgefunden habe (Urk. 11/ZM37).

Anlässlich der neuropsychologischen Testung bei Dr. G. ___ vom 14. Januar 2008 klagte der Beschwerdeführer über bei Belastung zunehmende Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, ein reduziertes Umstellvermögen, Vergesslichkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Lärmintoleranz. Die erhobenen Befunde wiesen gemäss Dr. G. ___ auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich bi-fronto-basaler und tieferer Strukturen hin. Aus neuropsychologischer Sicht erachtete sie den Endzustand als noch nicht erreicht und die Arbeitsfähigkeit als zu 20 % eingeschränkt (Urk. 3/4).

Dr. H. ___ liess am 13. und 14. März 2008 ein CT der Schädelbasis und der Kopfgelenke sowie ein Funktions-CT C0 bis C7 erstellen. Gestützt darauf und auf seine klinische Untersuchung vom 13. März 2008 fand er eine linksseitige Lokalisation mit Triggerpunkten im oberen Zervikalbereich und eine Hypomobilität der segmentalen rotatorischen Bewegung links. Es könne nicht von einer freien Beweglichkeit der HWS gesprochen werden. Die neuropsychologischen Defizite seien am ehesten als Folge des persistierenden zervikocephalen Symptomenkomplexes, der Kopfschmerz als

unfallbedingt zervikogen zu betrachten. Seine Diagnose lautete auf einen Status nach Auffahrkollisionen am 6. September und 28. November 2005 mit HWS-Distorsion mit muskulo-skelettaler, neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik ohne psychotraumatologische Folgen. Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Geschäftsführer eines Nachtclubs liege bei 50 % (Urk. 3/5).

Am 1. September 2008 unterzog sich der Beschwerdeführer auf Zuweisung von Dr. I. ___ einem Upright MRI des kraniozervikalen Überganges im M. ___. Gemäss der zuständigen Radiologin konnte bei der morphologischen Darstellung ein Schaden des rechten Ligamentum alare (Strukturveränderung Grad III nach Krakenes) diagnostiziert werden. Die Funktionsaufnahmen hätten diesen Befund bestätigt und eine verminderte Stabilität im oberen und unteren Kopfgelenk gezeigt. Ferner zeige sich ein funktioneller Kontakt zwischen Rückenmark und Spinalkanal in Rotation und in Flexion, wobei der Krankheitswert des letztgenannten Befundes noch unklar sei (Urk. 15/15). Dr. I. ___ untersuchte den Beschwerdeführer erneut am 17. September 2008. Anamnestisch notierte er eine leichte Besserung. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte er weiterhin mit 50 %, wobei er bei weiterer Besserung der Symptomatik und entsprechender Therapie eine sukzessive Steigerung als möglich erachtete (Urk. 15/14).

E. 4

4.1 Anders als noch im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) lässt die Beschwerdegegnerin in den Rechtsschriften des vorliegenden Verfahrens bereits die Diagnose einer Distorsionsverletzung der HWS anzweifeln (Urk. 10 S. 7).

Die in den Akten enthaltenen ärztlichen Beurteilungen gehen im Wesentlichen übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer sowohl bei beiden Auffahrunfällen eine Distorsion der HWS erlitten hat. Selbst im Gutachten des E. ___ vom 5. Oktober 2007 wurde ein Status nach möglichen leichten HWS-Distorsionen diagnostiziert, auch wenn Dr. O. ___ in der Folge implizit Zweifel an seiner eigenen Diagnose anbrachte (Urk. 11/ZM34 S. 20 f.). Für das Vorliegen einer schleudertraumatischen respektive schleudertraumatischen Verletzung sprechen nicht nur die Unfallhergänge, sondern insbesondere auch die nach den Unfällen aufgetretenen Beschwerden. Im Anschluss an den ersten Unfall traten denn auch Beschwerden auf, welche zum typischen Beschwerdebild einer Distorsionsverletzung der HWS gehören. Nach den Akten traten unmittelbar nach dem Unfall und innerhalb der für die Unfallkausalität geltenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29) Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel und Übelkeit auf (Urk. 11/ZM3). Drei Tage nach dem Unfall notierte Dr. B. ___ zusätzlich eine schmerzhafte Beweglichkeitseinschränkung der HWS (Urk. 11/ZM5). Bereits am 13. September 2005 erwähnte der Beschwerdeführer telefonisch Konzentrationsschwierigkeiten (Urk. 11/Z4, vgl. entgegenstehende Ausführungen der Beschwerdegegnerin dazu in Urk. 10 S. 30 f.), am 25. Oktober 2005 sodann Müdigkeit/Schlafprobleme (Urk. 11/Z11).

Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin (Urk. 10 S. 7) ist auch die Beurteilung von Dr. M. ___, wonach insgesamt die üblichen Beschwerden und Störungen, wie sie nach einer Heckkollision zu beobachten seien (Urk. 11/ZM8), ohne Weiteres dahingehend zu interpretieren, dass der Neurologe von einem Zustand nach einer respektive mehreren schleudertraumatischen Verletzungen ausging. Unter diesen Umständen besteht kein Anlass, die Diagnose einer Distorsionsverletzung der HWS

zumindest aufgrund des Unfalls vom 6. September 2005 anzuzweifeln. Dies gilt entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 10 S. 6 ff.) ungeachtet dessen, ob der Beschwerdeführer nach dem Unfall erbrochen hat oder nicht, zählt doch das Erbrechen zwar zu den möglichen, keineswegs aber zu den unverzichtbaren Symptomen für eine glaubwürdige Diagnosestellung einer HWS-Distorsion. Da zudem die Möglichkeit eines erlittenen leichten Schädelhirntraumas von keiner der beteiligten ärztlichen Fachpersonen ernsthaft in Betracht gezogen wurde, ist die Beantwortung der von den Parteivertretern eingehend diskutierten Frage, ob der Beschwerdeführer erbrochen hat oder nicht, obsolet (unter anderem Urk. 1 S. 5 f., 10 S. 6).

Ob der zweite Unfall für sich alleine auch zum typischen Beschwerdekomples einer schleudertraumatischen Verletzung führte, lässt sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen. Wie Dr. H. ___ zutreffend ausführte (Urk. 3/5 S. 16), ist eine scharfe Trennung der Umfälle und deren Folgen schwierig, konnte der Beschwerdeführer doch seine Arbeitsfähigkeit bis zum zweiten Auffahrunfall erst auf 20 % steigern, war mithin - entgegen der Annahme von Dr. P. ___ in seinem Teilgutachten des E. ___ (vgl. S. 3 im Teilgutachten vom 8. Oktober 2007, Beilage zu Urk. 11/ZM34) - noch erheblich eingeschränkt, was denn auch Dr. B. ___ in seinem Überweisungsschreiben vom 21. November 2005 bestätigte (Urk. 11/ZM5). Ab dem 28. November 2005, dem Datum des zweiten Unfalls, erhöhte Dr. B. ___ die Arbeitsfähigkeit auf 25 % (vgl. Urk. 11/ZM10). Eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Verschlechterung des Zustandes ist demnach nach dem zweiten Unfall nicht eingetreten, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass das zweite Trauma eine schnellere Zustandsbesserung verhindert hat.

Die von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid erwählten Vorzustände (Urk. 2 S. 2) werden von sämtlichen beteiligten ärztlichen Fachpersonen, soweit sie sich mit dieser Thematik auseinandersetzten, als für den gesundheitlichen Zustand seit den versicherten Ereignissen nicht relevant bezeichnet (vgl. insbesondere Urk. 11/ZM27, 11/ZM34 S. 20 f., 15/13 S. 4).

Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den danach geklagten, einem typischen Beschwerdebild entsprechenden Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schläflosigkeit und Nausea sowie der danach eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wird folglich durch die im angefochtenen Entscheid angeführten Vorzustände (Urk. 2 S. 2) nicht in Frage gestellt. Dabei ist zu betonen, dass es für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Damit aber hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in der ersten Zeit nach den Ereignissen vom 6. September und 28. November 2005 zu Recht anerkannt.

4.2 Zu prüfen ist, ob diese Leistungspflicht über den 31. Oktober 2007 andauerte. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76). Der Unfallversicherer hat jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteile des

Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 15. Oktober 2003, U 154/03, und in Sachen F. vom 10. September 2003, U 343/02).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der für die Beurteilung massgebenden Zeit von der Leistungseinstellung (31. Oktober 2007) bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 21. April 2008 (BGE 130 V 446 Erw. 1.2 mit Hinweisen) klagte der Beschwerdeführer insbesondere über ein andauerndes Schmerzlevel im Nackenbereich, Verspannungen oft mit Spannungskopfschmerzen vergesellschaftet, links betonte stechende Kopfschmerzen, Lärmempfindlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, eine Störung der geteilten Aufmerksamkeit, gelegentliche Mübelkeit, erhöhte Reizbarkeit und Schlafstörungen (vgl. insbesondere Urk. 3/4, 3/5 S. 14, 15/13 S. 2, 15/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Ausnahme der zuständigen Ärzte des E. und Dr. F. stellte keine der beteiligten ärztlichen Fachpersonen in Frage, dass zumindest eine Teilkausalität dieser Beschwerden zu den Unfallereignissen vorliegt. Die Beurteilung von Dr. O. im Gutachten des E., wonach die noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen allenfalls mit dem Beweismoment der Möglichkeit natürlich-kausal zu den versicherten Ereignissen seien, überwiegend wahrscheinlich aber vom status quo ante vier bis sechs Wochen nach dem Unfall auszugehen sei (Urk. 11/ZM34 insbesondere S. 22 ff.), überzeugt in mehrfacher Hinsicht nicht:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Lichte dessen, dass Dr. O. einen relevanten Vorzustand ausdrücklich verneinte (Urk. 11/ZM34 S. 20), scheint er mit dem Erreichen des status quo ante entgegen der üblichen Terminologie (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94) nicht das Erreichen eines krankhaften Vorzustandes zu meinen. Vielmehr sprach Dr. O. den Unfallgeschehen aufgrund der von ihm angenommenen Leichtigkeit derselben die traumatisierende Wirkung aufgrund rein theoretischer Überlegungen nach spätestens sechs Wochen ab und zwar im Wesentlichen mit der Begründung der mangelnden Objektivierbarkeit. Dabei verkannte Dr. O., dass das Fehlen objektivierbarer organischer Unfallschäden allein die Unfallkausalität der Beschwerden im Falle einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS gerade nicht per se entfallen lässt. Die natürliche Unfallkausalität beruht hier auf der medizinischen These, dass der Unfallmechanismus bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (oder einer diesem äquivalenten Verletzung) zu mit bildgebenden Untersuchungsmethoden nicht fassbaren Mikroverletzungen führt, welche für das konsekutive typische bunte Beschwerdebild ursächlich oder zumindest im Sinne einer Teilursache mitverantwortlich sind (BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa). Des Weiteren drängen sich im Lichte der übrigen medizinischen Akten Zweifel an den im E. erhobenen Befunden auf. Insbesondere der gänzliche Ausschluss einer Beweglichkeitseinschränkung (Urk. 11/ZM34 S. 11 und 22) erscheint angesichts der von Dr. I. und Dr. H. notierten, durch die Funktionsaufnahmen vom 16. April 2007 und 14. März 2008 bestätigten Befunde (vgl. Urk. 3/5 S. 8, 15, 15/13 S. 3), als zweifelhaft. Auch irritiert die fehlende Interpretation der festgestellten, nicht näher definierten "Irritationszone C1 bis C3 links" (vgl. Urk. 11/ZM34 S. 14) und der gänzliche Ausschluss einer Arbeitsunfähigkeit ohne nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den übrigen, allesamt hiervon abweichenden ärztlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Letztlich zieht auch der Umstand, dass im E.____ trotz der im Raume stehenden Diagnose einer schleudertraumaähnlichen Verletzung und der geltend gemachten Beschwerden keine fachärztliche neurologische Untersuchung für notwendig erachtet wurde, die Beweiskraft des Gutachtens in Zweifel (vgl. dazu auch die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung in BGE 134 V 125 Erw. 9.5). Die von Dr. M.____ am 6. Dezember 2005 durchgeführte Untersuchung (vgl. Urk. 11/ZM8) ergab zwar keine krankheitswertigen Befunde, war aber sowohl in der Befunderhebung als auch in der Beurteilung eher rudimentär.

Eine neuropsychologische Abklärung drängte sich dagegen nicht zwingend auf, wurde der Beschwerdeführer doch in der C.____ im Rahmen einer zweitägigen Untersuchung eingehend abgeklärt. Eine manifeste neuropsychologische Störung konnte dabei nicht festgestellt werden, doch notierte die zuständige Neuropsychologin Leistungsschwankungen im Aufmerksamkeitsbereich und negierte die geklagten kognitiven Fehlleistungen nicht, sondern ordnete sie dem persistierenden zervikocephalen Schmerzkomplex zu (Urk. 11/ZM18 S. 2 f.). Diese Beurteilung weicht bei genauer Betrachtung nicht erheblich von derjenigen von Dr. G.____ ab. Auch sie ordnete die kognitiven Einschränkungen keiner hirnorganischen Ursache zu und legte sich nur insoweit fest, als sie notierte, dass die Befunde auf eine leichte kognitive Funktionsstörung hinweisen würden (Urk. 3/4 insbesondere S. 13). Dass der Beschwerdeführer Schwierigkeiten im kognitiven Bereich zeigte, ist gestützt auf diese neuropsychologischen Abklärungen als erstellt zu betrachten; ein weiterer Abklärungsbedarf besteht diesbezüglich jedoch nicht.

Angesichts des Umstandes, dass sich in keiner der medizinischen Unterlagen ein Hinweis auf ein aggravatorisches oder simulatorisches Verhalten des Beschwerdeführers findet, sowie angesichts des durchaus typischen Beschwerdeverlaufs mit der steten, wenn auch langsamen Besserung, ist gestützt auf die medizinische Aktenlage entgegen der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Meinung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu schliessen, dass der Beschwerdeführer in der für die Beurteilung massgebenden Zeit an diversen Beschwerden (Kopf-, Nackenschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, schnellere Ermüdbarkeit, Schlafstörungen), welche dem typischen Beschwerdebild nach einer schleudertraumatischen oder schleudertraumaähnlichen Verletzung zugerechnet werden, litt. Zumindest eine Teilkausalität dieser Beschwerden kann nicht in Zweifel gezogen werden, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss genügt.

4.3 Weiter stellt sich sowohl bei der Beurteilung der natürlich kausalen Unfallfolgen als auch im Hinblick auf die dargelegte Rechtsprechung zur Adäquanzbeurteilung (Erw. 1.4.2 und 1.4.3) die Frage, ob die medizinischen Untersuchungen organische Befunde zu Tage gebracht haben, welche unfallkausal sind und das Beschwerdebild (teilweise) zu erklären vermögen.

Weder das CT des K.____ vom 6. September 2005 (Urk. 11/ZM2) noch dasjenige des R.____ vom 8. Dezember 2005 (Urk. 11/ZM7) zeigten Hinweise auf ossäre oder discoligamentäre Verletzungen. Dr. H.____ stellte aber mittels Funktions-CT vom 14. März 2008 segmentale Funktionsstörungen mit inkongruenten Rotationen und massiven Hypomobilitäten der Rotationen C2 bis C7 fest (vgl. Urk. 3/5 S. 15 ff.). Auch Dr. I.____ notierte aufgrund der am 16. April 2007 im S.____, erstellten Funktionsaufnahmen eine

eingeschränkte HWS-Beweglichkeit in der Sagittalebene auf Niveau HWK 4/5 und 5/6 (Urk. 15/13 S. 3). Beide äusseren sich nicht abschliessend zur Unfallkausalität dieser Befunde und deren Auswirkungen, was sich angesichts des Berichts der Kommission "whiplash-associated Disorder" der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, Schweizerische Ärztezeitung 2000 Nr. 39 S. 2118 ff.), wonach umstritten oder nicht gesichert ist, ob mit der Funktionsdiagnostik organische Schädigungen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma nachgewiesen werden können, als seriös erweist. Zusätzlich zu den von Dr. H. ___ und Dr. I. ___ festgestellten segmentalen Störungen tritt jedoch der mittels Upright MRI im M. ___ Zentrum festgestellte Befund eines Schadens des rechten Ligamentum alare bei verminderter Stabilität im oberen und unteren Kopfgelenk und der Befund eines funktionellen Kontaktes zwischen Rückenmark und Spinalkanal in Rotation und in Flexion (Urk. 15/15). Ob diese Befunde auf die versicherten Unfallereignisse zurückzuführen sind und wie sich diese auf das Beschwerdebild und die Arbeitsfähigkeit auswirken, lässt sich mangels entsprechender ärztlicher Stellungnahmen weder gestützt auf den Bericht des M. ___ Zentrums vom 3. September 2008 (Urk. 15/15) noch auf die Ergänzungen zum Gutachten von Dr. I. ___ vom 23. September 2008 (Urk. 15/14) abschliessend beurteilen. Jedoch lässt diese Aktenlage einen Ausschluss der Organizität der Beschwerden nicht ohne Weiterungen zu.

Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Rahmen einer externen Begutachtung abkläre, ob organisch nachweisbare Befunde vorliegen, ob diese unfallkausal sind und wie sich diese auswirken. Dabei wird sie die Begutachtung sinnvollerweise nicht im E. ___ in die Wege leiten, erwies sich das im vorliegenden Verfahren zwischen den Parteien heftig umstrittene Gutachten desselben doch als für die Beurteilung der streitigen Belange im mehrfachen Hinsicht nicht nachvollziehbar begründet. Sollten die ergänzenden Abklärungen zum Schluss führen, dass eine organisch nachweisbare Unfallfolge vorliegt, spielte die Adäquanz des Kausalzusammenhangs als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, haftet der Unfallversicherer diesfalls auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen, welche nach unfallmedizinischer Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b).

4.4 Soweit sich vorliegendenfalls keine organischen Unfallfolgen nachweisen lassen, ist gemäss obiger Erwägung 4.2 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine Distorsion der HWS erlitten hat und zumindest eine natürliche Teilkausalität der Beschwerden im vorliegend relevanten Zeitraum von der Einstellung der Leistungen per 31. Oktober 2007 bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids vom 21. April 2008 vorgelegen hat. Des Weiteren ist bei der gegebenen Aktenlage gestützt auf die, abgesehen vom Gutachten des E. ___, hinsichtlich der Frage der Arbeitsfähigkeit allesamt übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit seit 14. August 2006 auszugehen (vgl. dazu auch Erw. 4.2 im Urteil von heute im Verfahren Nr. IV.2008.00460). An der Unfallkausalität dieser Leistungseinschränkung rechtfertigen sich, soweit die ergänzenden Abklärungen zur Organizität und deren Ursprung keine Neuerungen bringen, grundsätzlich keine Zweifel.

Im Hinblick auf die Rechtsfrage der Adäquanz wird die Beschwerdegegnerin diesen Parametern Rechnung zu tragen haben. Des Weiteren ist

diesfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs entgegen der von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. F.____ (Urk. 11/ZM37) vertretenen Ansicht, nicht unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133), sondern nach Massgabe der zum Schleudertrauma der HWS und äquivalenten Verletzungen ergangenen Praxis (BGE 117 V 359, präzisiert in BGE 134 V 109) zu beurteilen. Das Fehlen objektivierbarer organischer Schäden allein spricht nicht dagegen und darf insbesondere nicht ohne konkrete medizinische Hinweise zur Annahme verleiten, es läge eine psychische Fehlentwicklung vor, da das nicht erklärbare Schmerzerleben zur psychischen Problematik zu zählen sei oder psychosoziale Gründe verantwortlich seien (vgl. BGE 134 V 126 Erw. 9.5). Der E.____-Teilgutachter Dr. Q.____ schloss psychische Symptome von Krankheitswert ausdrücklich aus (S. 4 in Beilage zu Urk. 11/ZM34). Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 5. März 2007 zwar differentialdiagnostisch die Möglichkeit einer Neurasthenie in den Raum, enthielt sich aber ebenfalls einer psychiatrischen Diagnosestellung (Urk. 11/ZM27).

Die Beschwerdegegnerin, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird je nach Ausgang der zu ergänzenden Abklärungen über den 31. Oktober 2007 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5. Die Beschwerde wird gutgeheissen.

5.1 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

5.2 Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfassung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung obiger Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. April 2008 aufgehoben und die Sache an die "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab 1. November 2007 verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi
- Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Engel
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.