

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00339 vom 30. April 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00339](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00339)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00339 du 30 avril 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00339 del 30 aprile 2010

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Dr. med. D. \_\_\_\_, Assistenzarzt der chirurgischen Klinik des E. \_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer noch am 30. Juni 2004 behandelt hatte, hielt in seinem Bericht vom 4. August 2004 sowie im am 17. August 2004 ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma fest, der Beschwerdeführer habe über eine kurze Bewusstlosigkeit nach dem Unfall berichtet, über Schwellenheit sowie über sofortige Kopfschmerzen und Nackenschmerzen beidseits mit Ausstrahlung in die Schulter und den Arm. Schwindel habe nicht bestanden. Die Untersuchung ergab eine Druckdolenz über der Hals-, Brust- und oberen Lendenwirbelsäule sowie einen Thorax- und Sternumkompressionsschmerz. Es fanden sich keine äusseren Verletzungen, und die Röntgenuntersuchung von Schädelschädel sowie Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ergab keine frischen ossären Läsionen. Dr. D. \_\_\_\_, diagnostizierte ein HWS-Distorsionstrauma sowie eine Commotio cerebri und erwähnte, dass der Beschwerdeführer seit der Kindheit unter einer Parese im linken Arm leide (Urk. 18/ZM2, Urk. 18/ZM4, Urk. 18/ZM31-32). Gemäss zwei Berichten vom 12. November 2004 des Hausarztes Dr. med. F. \_\_\_\_, Praktischer Arzt, war der Heilungsverlauf in der Folge schlecht. Im Vordergrund standen Schwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsmangel, eine depressive Stimmung sowie Parästhesien in der linken Hand. Dr. F. \_\_\_\_, bescheinigte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 18/ZM10, Urk. 18/ZM12; vgl. auch Urk. 18/Z16).

2.2. Am 7. Februar 2005 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rheumatologie, begutachtet. Dr. G. \_\_\_\_, fertigte erneut Röntgenbilder der Halswirbelsäule an, welche ausser einer Streckstellung, minimaler spondylotischer Wirbelkantenausziehungen C5/6 sowie eines spondylotischen Schaltknochens C6/7 keine auffälligen Befunde zeigten. Die klinische Untersuchung ergab eine Tonusasymmetrie der paraspinalen Nackenmuskulatur zugunsten der linken Seite sowie eine hyperalgetische/allodynsche Schmerzreaktion in der paravertebralen Ausdehnung der Hals- und Brustwirbelsäule. Dr. G. \_\_\_\_, diagnostizierte einen Status nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 30. Juni 2004 mit wahrscheinlich erlittener Commotio cerebri, reaktiven neuropsychologischen Leistungsdefiziten, einer ängstlich depressiven Entwicklung sowie einem chronischen thorako-zerviko-zephalen Syndrom mit posttraumatischem Kopfschmerz. Als weitere Diagnose führte er eine traumatische Armplexusparese links mit partieller Lähmung des oberen und vollständiger Parese des unteren Plexus auf. Dr. G. \_\_\_\_, gelangte zur Einschätzung, dass die gesamten Umstände grundsätzlich auf eine überdurchschnittlich schwere Nackendistorsion mit entsprechend verzögertem

Heilungsverlauf schliessen liessen. Aktuell dominierend seien neuropsychologische Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Merk- und der Konzentrationsfähigkeit und psychische Beschwerden im Sinne von katastrophisierenden Krankheitsängsten sowie phobischen Ängsten verbunden mit Strassenverkehrssituationen. Die funktionelle Einschränkung der Halswirbelsäule sei moderat, bei der Funktionsbeurteilung des Schultergürtels seien dessen ungewöhnliche Belastungsverhältnisse aufgrund der vorbestehenden funktionellen Einarmigkeit zu berücksichtigen. Wahrscheinlich habe auch das psychosoziale Umfeld mit beruflichen Schwierigkeiten sowie Eheproblemen den Heilverlauf beeinflusst. Therapeutisch stehe nun der Beginn einer Psychotherapie im Vordergrund. Aus somatischer Sicht könne dem Beschwerdeführer für den bisherigen Tätigkeitsbereich als Nachtwächter, auch unter Berücksichtigung der vorbestehenden Beeinträchtigungen, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (Urk. 18/ZM18).

2.3 Vom 28. Juni bis zum 26. Juli 2005 war der Beschwerdeführer zwecks stationärer Rehabilitation in der Z. \_\_\_ hospitalisiert. Im Rahmen des vierwöchigen, ganzheitlich orientierten interdisziplinären Behandlungsprogramms für Patienten mit Status nach einem HWS-Trauma konnten die Rehabilitationsziele nur sehr eingeschränkt erreicht werden. Die bei Eintritt geklagte Beschwerdesymptomatik - Nacken- und zervikothorakale Rückenschmerzen unterschiedlicher Intensität mit teilweiser Ausstrahlung in den linken Arm, dauernde Kopfschmerzen sowie teilweise Konzentrationsprobleme, Augenflimmern und Schwindel - besserte sich nicht signifikant. Die Therapeuten hielten fest, es habe kein physio- und ergotherapeutischer Zugang zur Beschwerdesymptomatik gefunden werden können. Es sei dem Beschwerdeführer nicht gelungen, geeignete Copingstrategien zur Schmerzbewältigung im Alltag zu entwickeln. Er sei weitgehend passiv, ängstlich und depressiv gestimmt geblieben und habe die Verantwortung für Therapieinhalte an die Therapeuten abgegeben. Die mangelnde Einsichtsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychodynamische Aspekte und sein Beharren darauf, dass er einzig durch somatische Faktoren beeinträchtigt werde, habe sich limitierend auf den Behandlungserfolg ausgewirkt. In der formalen neuropsychologischen Abklärung war die Kooperation des Beschwerdeführers ungenügend, im Pseudotestverfahren fiel auf, dass er sogar einen einfachsten Aufmerksamkeits-/Gedächtnistest auch nach dem fünften Versuch nicht habe durchführen können beziehungsweise absurde Antworten gegeben habe. Nach Einschätzung der Therapeuten war er weiterhin vollständig arbeitsunfähig, wobei eine Teilarbeitsfähigkeit erst nach Erreichen einer weiteren psychischen Stabilisierung im Rahmen der laufenden Psychotherapie erwartet werden könne (Urk. 18/ZM26).

2.4 Gemäss Bericht des A. \_\_\_ vom 31. März 2006 wies sich der Beschwerdeführer am 23. März 2006 notfallmässig selbst ein, nachdem er als Beifahrer eine Auffahrkollision erlitten hatte. Die Ärzte des A. \_\_\_ diagnostizierten eine Commotio cerebri, den Verdacht auf ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma sowie eine Sternumkontusion. Auf Röntgenbildern des Schädels und der Halswirbelsäule konnte keine frische ossäre Läsion nachgewiesen werden. Nach 24-stündiger, unauffälliger Commotio-Überwachung wurde der Beschwerdeführer entlassen (Urk. 19/ZM8).

2.5 Am 21., 28. und 30. März sowie am 10. Mai und am 4. Juli 2007 wurde der Beschwerdeführer im B. \_\_\_ interdisziplinär (internistisch/chirurgisch, rheumatologisch

und psychiatrisch beziehungsweise arbeitspsychiatrisch) begutachtet. Anlässlich der verschiedenen Untersuchungen klagte er jeweils über eine unveränderte Beschwerdesituation, wobei die regelmässig eingenommenen Antirheumatika und Analgetika gemäss seinen Angaben keine Wirkung zeigten. Konventionelle Röntgenbilder von Hals- und Brustwirbelsäule ergaben weiterhin keinen pathologischen Befund. Die klinische Untersuchung zeigte eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule von maximal 30 % bei uneingeschränkter Beweglichkeit von Brust- und Lendenwirbelsäule sowie schmerzhafte Tendinosen suboccipital links und im mittleren Levator scapulae. Im Leistenbereich liessen sich rechts und links reaktive Tendomyosen nachweisen. Aus somatischer Sicht schlossen die Gutachter aufgrund der objektivierbaren Untersuchungsbefunde auf die Diagnose eines zervikozephalen und myofaszialen Schmerzsyndroms des Schultergürtels bei radiologisch altersentsprechenden Befunden und fehlenden objektivierbaren Funktionsstörungen der Halswirbelsäule sowie auf eine leichte Hüftperiarthrose beidseits mit radiologisch nachgewiesener leichter Coxa valga et antetorta mit diskret entrundetem Femurkopf. Weiter wiesen sie auf das erheblich demonstrative Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchungen hin. Die somatischen Befunde rechtfertigten nach Auffassung der Gutachter keine Arbeitsunfähigkeit in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich als Asylantenbetreuer und Publizist. Die postnatale linksseitige Armplexusparese verunmöglichte ihm hingegen Tätigkeiten, welche den Einsatz beider Hände erforderten. Die psychiatrische Untersuchung führte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer nach dem Strassenverkehrsunfall vom 30. Juni 2004 eine depressive Reaktion entwickelte, welche sich mit der Zeit chronifiziert habe und ein eigenständiges Beschwerdebild darstelle. In diagnostischer Hinsicht sei von einer leichtgradigen depressiven Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.00) auszugehen, da der Beschwerdeführer keine Schwierigkeiten habe, seine sozialen Aktivitäten fortzusetzen. Zur Objektivierung der geklagten Einschränkung kognitiver Funktionen wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen erfolgte eine arbeitspsychiatrische Zusatzuntersuchung inklusive testdiagnostischer Abklärung bei Dr. med. Dr. phil. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Da der Beschwerdeführer in den zuerst durchgeführten Symptomvalidierungstests sehr schlechte Werte erreichte (deutlich schlechter als geistig behinderte achtjährige Kinder sowie depressive Personen, welche ambulant behandelt werden) schloss Dr. H. \_\_ - bei fehlenden Hinweisen auf kognitive Defizite im Rahmen der psychiatrischen Exploration - auf eine sehr deutlich reduzierte Motivation bei der Aufgabenbearbeitung, und verzichtete deshalb auf die Durchführung der weiteren geplanten Tests. Die geklagten kognitiven Beschwerden seien nicht objektivierbar. Insgesamt bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 18/ZM46).

2.6. Im September und Oktober 2007 wurde der Beschwerdeführer mehrmals in der Schmerzlinik des I. \_\_ untersucht. Nebst den im Vordergrund stehenden, seit 2004 anhaltenden Nacken- und Schulterschmerzen klagte er über nach dem zweiten Auffahrunfall im Jahr 2006 aufgetretene belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der vorderen kranialen lateralen Thoraxapertur und Schmerzen in beiden Leisten, welche auf der linken Seite jeweils stärker ausgeprägt seien. Zusätzlich erwähnte er kribbelnde Schmerzen im Bereich des ganzen linken Armes, welche ebenfalls seit 2006 bestanden. Die klinische Untersuchung ergab einen deutlichen Hartspann der Paravertebralmuskulatur im LWS- und BWS-Bereich. Im Rahmen einer fachärztlich-neurologischen Konsultation

vom 25. September 2007 erwÄhnte der BeschwerdefÄhrer zusÄtzlich Kopfschmerzen sowie einen unregelmÄssig auftretenden, nur wenige Sekunden andauernden Schwindel. Nach diversen apparativen Untersuchungen - unter anderem einer Ultraschall-Untersuchung der hirnversorgenden GefÄsse - und MRI-Bildern der HalswirbelsÄule vom 16. Oktober 2007 konnten die Ärzte die neuropathisch anmutenden Beschwerden im Bereich des linken Armes nicht eindeutig erklÄren. In ihrem Bericht vom 30. Oktober 2007 erwÄhnten sie, es bestehe der Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom, wobei die MRI-Bilder der HalswirbelsÄule und des Armplexus keinen Aufschluss gegeben hÄtten, ob die UnfÄlle zu einer neuen PlexuslÄsion links gefÄhrt hÄtten. Die Schulter-/Nackenbeschwerden und Schmerzen im Bereich der Thoraxapertur und der Leisten seien myofaszialer Genese. Es sei davon auszugehen, dass die PlexusschÄdigung des linken Armes im Neugeborenenalter zu einer langjÄhrigen Schon- und Kompensationshaltung mit konsekutiver muskulÄrer Asymmetrie und Dysfunktion gefÄhrt habe. Die beiden VerkehrsunfÄlle mÄssten in diesem Zusammenhang als SchmerzverstÄrker gesehen werden. Die geklagten Kopfschmerzen entsprÄchen einem chronischen posttraumatischen Kopfschmerz nach HWS-Distorsionstrauma. Beim Schulter-/Nackenschmerz handle es sich am ehesten um ein unspezifisches myofasciales Schmerzsyndrom, welches nach HWS-Distorsionstraumata beobachtet werde. Zudem bestehe der Verdacht auf einen durch Analgetika induzierten Kopfschmerz. Der beklagte Schwindel sei neurologisch nicht erklÄrbar. Am ehesten handle es sich um ein unspezifisches Schwindelsyndrom nach HWS-Distorsionstrauma, wobei differentialdiagnostisch auch ein phobischer Schwankschwindel in Betracht komme. Ebenfalls schmerzverstÄrkend beziehungsweise schmerzunterhaltend wirkten die psychosozialen Belastungsfaktoren (finanzielle AbhÄngigkeit vom Sozialamt, Scheidung; Urk. 18/ZM47-48).

2.7Ä Ä Ä Ä Am 3. und 4. November 2008 wurde der BeschwerdefÄhrer im C.\_\_\_\_ mittels funktionsorientierter medizinischer AbklÄrung, bestehend aus einem strukturierten Interview, einer klinischen Untersuchung, einer angepassten Form der Evaluation der funktionellen LeistungsfÄhigkeit EFL sowie der Beurteilung der vorhandenen Akten, untersucht und begutachtet. Infolge Selbstlimitierung, welche von den Gutachtern aber aufgrund der vorbestehenden linksseitigen Armplexusparese und der psychischen Problematik nicht als Malkooperation gewertet wurde, waren die Resultate der Belastbarkeitstests schlecht verwertbar. ZusÄtzlich wurde eine sehr tiefe SelbsteinschÄtzung beobachtet. Mit Blick auf die von der Schmerzlinik des I.\_\_\_\_ veranlassten MRI-Bilder der HalswirbelsÄule kamen die Gutachter zum Schluss, dass darauf keine frische LÄsion und auch keine zervikale Diskushernie ersichtlich sei. Der BeschwerdefÄhrer leide seit dem Unfall vom 30. Juni 2004 unter einem Beschwerdekomples mit Kopf- und Nackenschmerzen, verminderter Konzentration, MÄdigkeit sowie depressiver Symptomatik. Die Beschwerden entsprÄchen dem typischen Beschwerdebild nach einem HWS-Distorsionstrauma. Objektivierbare strukturelle VerÄnderungen, welche auf das Unfallereignis zurÄckgefÄhrt werden kÄnnten, seien nicht fassbar. Auch habe keine erhebliche BeweglichkeitseinschrÄnkung der HalswirbelsÄule bestanden. Hingegen bestehe eine myofasziale Problematik mit erhÄhtem Muskeltonus occipital und im Bereich der Trapeziusmuskulatur. Aufgrund der postnatalen Plexusparese auf der linken Seite habe sich eine Asymmetrie des SchultergÄrtels mit einem Schulterhochstand sowie einer grossbogigen linkskonvexen Skoliose der thorakalen WirbelsÄule ausgebildet. Die vorbestehende Behinderung habe

bis zum ersten Unfall gut funktionell kompensiert werden können. Es sei davon auszugehen, dass die beiden Distorsionsstraumen diesbezüglich ein über Jahre konstant gehaltenes Gleichgewicht gestört und eine nachhaltige Funktionseinschränkung begründet hätten. Aufgrund der Kenntnisse der Wirkung physiologischer Co-Kontraktionen der Nacken- und kontralateralen Schultermuskulatur sei davon auszugehen, dass die beiden Problematiken nicht streng getrennt beurteilt werden könnten. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit der rechten dominanten Hand ganztags zumutbar, wobei für eine solche Tätigkeit aufgrund notwendiger vermehrter Pausen aufgrund der Einschränkungen in der linken Extremität eine Einschränkung der Leistungs- beziehungsweise Arbeitsfähigkeit von 25 % bestehe (Urk. 28).

### 3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1 Die ZÄrlich begründete die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Juli 2006 damit, dass sich der Gesundheitszustand seit längerem nicht mehr wesentlich geändert habe. Den Akten lasse sich entnehmen, dass die fortlaufende Physiotherapie lediglich noch der Schmerzlinderung gedient habe und dem Beschwerdeführer psychotherapeutisch nicht mehr geholfen werden könne. Es hätten keine objektivierbaren organischen Befunde festgestellt werden können. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig. Die Frage, ob die psychischen Beschwerden im Vordergrund ständen, könne sodann offenbleiben, da das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und den Unfällen auch bei Anwendung der "Schleudertrauma-Praxis" zu verneinen sei. Selbst wenn nämlich das Bestehen von Dauerbeschwerden sowie einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit bejaht werde, reiche dies aufgrund der Einordnung der Unfälle bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Fällen nicht aus, um die Adäquanz zu bejahen, da die massgeblichen Adäquanzkriterien jedenfalls weder in gehäuft noch in besonders auffälliger Weise erfüllt seien (Urk. 2, Urk. 17).

3.2.1.1.1 Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass er auch nach der Leistungseinstellung durch die ZÄrlich unter (natürlich und adäquat) unfallkausalen Beschwerden gelitten habe. Hinsichtlich der vorbestehenden Parese des linken Arms sei er vor dem Unfall vollständig beschwerdefrei gewesen, und diese habe ihn nie in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Seit dem Unfall vom 30. Juni 2004 sei er 100%ig arbeitsunfähig. Dem Gutachten des C.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass die beiden Unfälle zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der vorbestehenden Armplexusparesse geführt hätten, und dass die Nackenbeschwerden und die Folgen der Parese ein einheitliches Beschwerdebild bilden würden. Da dieser Gesundheitsschaden organisch bedingt und klar objektivierbar sei, müsse keine gesonderte Adäquanzprüfung durchgeführt werden. Nach den Unfällen vom 30. Juni 2004 und 23. März 2006 habe er zudem unter einem typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata der Halswirbelsäule gelitten. Auf das Gutachten des B.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, da dieses die Anforderungen des Bundesgerichts an ein interdisziplinäres Gutachten nicht erfüllt.

## E. 4

### 4.1.1.1.1

4.1.1.1. Die Diagnose einer beim Unfall vom 30. Juni 2004 erlittenen HWS-Distorsion ist mit Blick auf die Akten als gesichert zu betrachten. Die Ärzte des A. \_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 31. März 2006 über die Behandlung am Tag des zweiten Unfallereignisses vom 23. März 2006 lediglich den Verdacht auf ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma (Urk. 19/ZM8). Aufgrund der nachfolgenden Ausführungen kann indes offen bleiben, ob der Beschwerdeführer im Rahmen des zweiten Unfallereignisses ebenfalls eine HWS-Distorsion erlitten hat. Ebenfalls braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, ob er bei beiden Unfällen zusätzlich eine Commotio cerebri erlitten hat, was zumindest von den B. \_\_\_-Gutachtern bezweifelt wurde (Urk. 18/ZM46 S. 24).

4.1.2.1. Weder auf den zahlreichen Röntgenbildern noch auf den MRI-Bildern der Halswirbelsäule der Ärzte der Schmerzlinik des I. \_\_\_ konnten die Mediziner traumatisch bedingte strukturelle Läsionen ausfindig machen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. Juni 2004 und/oder denjenigen vom 23. März 2006 zurückgeführt werden konnten (vgl. etwa Urk. 18/ZM47 S. 4, Urk. 28 S. 3). Trotz zahlreicher apparativer Untersuchungen vermochten die Neurologen der Schmerzlinik des I. \_\_\_ - wie zuvor auch die zahlreich untersuchenden Ärzte - mit Ausnahme der vorbestehenden postnatalen Plexusparese des linken Arms keine neurologische Pathologie nachzuweisen. Die daraufhin gestellte Verdachtsdiagnose eines neuropathischen Armschmerzes links als Folge der HWS-Distorsion vom 30. Juni 2004 (Urk. 18/ZM48 S. 4 f.) ist damit jedenfalls nicht durch organisch-pathologische Befunde belegt. Daraus ergibt sich auch, dass der Beschwerdeführer sehr wohl - entgegen seinen Ausführungen in den Rechtsschriften - fachärztlich neurologisch abgeklärt wurde. Auch eine angiologische Abklärung des linken Armes im J. \_\_\_ ergab keine pathologischen Befunde (vgl. Urk. 18/ZM46 S. 4 f.). Die von den B. \_\_\_-Gutachtern festgestellte beidseitige Hftperiartrose ist nicht unfallkausal und bildet im übrigen auch nur einen unbedeutenden Befund (Urk. 18/ZM46 S. 25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Einschätzung der C. \_\_\_-Gutachter geltend macht, die beiden Unfälle hätten zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der vorbestehenden Armplexusparese geführt, wobei dieser Gesundheitsschaden organisch bedingt und klar objektivierbar sei, kann ihm zumindest teilweise nicht gefolgt werden. Wie bereits zuvor dargelegt, konnte von den Ärzten nämlich kein organisch-pathologisches Korrelat - etwa im Sinne einer zusätzlichen Nervenschädigung - zur Erklärung der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Verschlimmerung der Armbeschwerden durch die beiden Unfälle gefunden werden. Die C. \_\_\_-Gutachter wiesen denn auch ganz explizit auf diesen Umstand hin (Urk. 28 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner trifft es entgegen der Meinung des Beschwerdeführers nicht zu, dass der von ihm geklagte Schwindel nicht abgeklärt wurde. Vielmehr ergaben umfangreiche neurologisch-apparative Untersuchungen der Neurologen der Schmerzlinik des I. \_\_\_ keine neurologische Erklärung für die Symptomatik, wobei die Differenzialdiagnose eines phobischen Schwankschwindels gestellt wurde (Urk. 18/ZM48 S. 4). Unzutreffend ist auch, dass der Beschwerdeführer von den B. \_\_\_-Gutachtern nicht neuropsychologisch untersucht wurde. Der arbeitspsychiatrische Gutachter Dr. H. \_\_\_ - ein ausgebildeter Psychiater und Psychologe - wollte mit dem Beschwerdeführer neuropsychologische Tests durchführen, musste diese jedoch wegen dessen

offensichtlich unkooperativen Verhaltens abbrechen (Urk. 18/ZM46 S. 17 ff.), wie vor ihm bereits die Fachleute der Z.\_\_\_\_ (Urk. 18/ZM26 S. 8). Da die B.\_\_\_\_-Psychiater auch im Rahmen der Untersuchungsgespräche keine wesentlichen neuropsychologischen Einschränkungen ausmachen konnten, ist der Verzicht auf weitergehende Abklärungen (durch Tests und bildgebend) nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich bilden die von den Ärzten erhobenen muskulären Verspannungen und Verhärtungen im Bereich des Halses und Rückens, dortige Druckdolenz und die schmerzbedingte Bewegungseinschränkung sowie Streckstellung der Halswirbelsäule nach der halschrichterlichen Rechtsprechung kein klar ausgewiesenes organisches Substrat für die geklagten Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 5. November 2008, 8C\_744/2007, Erw. 4.5 mit zahlreichen Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraus folgt, dass organisch-strukturelle Verletzungen als Folge der beiden Unfälle nicht ausgewiesen sind. Aufgrund der bereits erfolgten umfassenden und allseitigen fachärztlichen Abklärungen, deren nachvollziehbare und schlüssige Ergebnisse als Basis für die Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen geeignet sind, erübrigen sich weitere medizinische Untersuchungen. Die vom Beschwerdeführer geäusserte Kritik an den Gutachten des B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ ist unbegründet.

4.1.3 Ä Ä Da der Beschwerdeführer bereits kurz nach dem Unfall vom 30. Juni 2004 unter Übelkeit, Kopfschmerzen und Nackenschmerzen beidseits mit Ausstrahlung in die Schulter und den Arm litt (Urk. 18/ZM2, Urk. 18/ZM4) und in der Folge weitere Symptome wie Schwindel, Schlafstörungen, Konzentrationsmangel, eine depressive Stimmung sowie Parästhesien in der linken Hand hinzutraten (Urk. 18/ZM10, Urk. 18/ZM12), ist das Bestehen eines typischen "bunten Beschwerdebildes" nach dem am 30. Juni 2004 erlittenen Schleudertrauma ausgewiesen. Damit steht auch fest, dass zwischen dem Unfall vom 30. Juni 2004 und den unmittelbar danach eingetretenen Beeinträchtigungen ein natürlicher Kausalzusammenhang bestand.

4.2 Ä Ä Ä Ä Aus den medizinischen Akten geht klar hervor, dass Mitte des Jahres 2006 durch die laufenden Heilbehandlungsmassnahmen keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war, sondern dass diese hauptsächlich noch der Erhaltung des Status quo beziehungsweise der Schmerzlinderung dienten und das Beschwerdebild seit dem ersten Unfall weitgehend unverändert fortbestand (vgl. Urk. 18/ZM34, Urk. 18/ZM39, Urk. 18/ZM45). Dies wurde auch durch den Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ bestätigt, welcher in seinem Bericht vom 20. Mai 2006 darauf hinwies, dass dem Beschwerdeführer psychotherapeutisch nicht mehr zu helfen sei, und auch die Physiotherapie nur zur kurzfristigen Schmerzlinderung beitrage (Urk. 18/ZM39). In den Gutachten des B.\_\_\_\_ und des C.\_\_\_\_ wurde im Einklang mit dieser Einschätzung schliesslich von einer Weiterführung der Physiotherapie abgeraten, und auch aus psychiatrischer Sicht wurden keine weiteren Therapien empfohlen. Die weitere medikamentöse Behandlung diene einzig der Symptombekämpfung (Urk. 18/ZM46 S. 16 und 27, Urk. 28 S. 4). Nicht zuletzt macht der Beschwerdeführer selbst geltend, psychotherapeutisch sei ihm nicht mehr zu helfen, und Physiotherapie vermöge die Schmerzen nur kurzfristig zu lindern, weshalb er langfristig unverändert arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 11). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Zürich zum Fallabschluss schritt und die Adäquanz des Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Beschwerden mit den Unfallereignissen prägte (vgl. vorstehend Erw. 1.2). Daran ändert nichts, dass

der zweite Unfall vom 23. März 2006 bei Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Juli 2006 erst rund vier Monate zurücklag.

#### 4.3.1

Im Folgenden ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den Unfällen und den fortbestehenden Beschwerden nach der mit BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 ff. präzisierten Schleudertraumapraxis zu prüfen.

Unbestrittenermassen ist der zweite Unfall vom 23. März 2006 bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Fällen einzuordnen. Fest steht sodann mit Blick auf die gemäss Unfallanalyse vom 11. Januar 2005 ermittelte kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers anlässlich der Heckkollision vom 30. Juni 2004 von 15,3 bis 21,3 km/h sowie die übrigen Unfallakten und -fotos der Unfallschäden (vgl. Urk. 18/1.1), dass dieses Ereignis nicht, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen bildet. Unerheblich ist dabei, ob der Fahrersitz nach dem Unfall nach hinten weggekippt ist, wie vom Beschwerdeführer - entgegen der sich auf den Unfallfotos seines Wagens darstellenden Situation (vgl. Urk. 18/1.1) - geltend gemacht wird. Aufgrund der nachfolgenden Ausführungen braucht nicht näher geprüft zu werden, ob es sich beim ersten Unfall um einen normalen mittelschweren Unfall oder um einen solchen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt.

Es ist unbestritten und entspricht der Aktenlage, dass die Adäquanzkriterien "besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls" sowie "ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert" nicht erfüllt sind (vgl. Urk. 1 S. 26 und 29, Urk. 2 S. 8).

Geht man davon aus, dass der Beschwerdeführer nicht nur im Rahmen des ersten Unfalls, sondern auch des Zweiten ein HWS-Distorsionstrauma erlitten hat, und erachtet man es weiterhin als erstellt, dass er zusätzlich nach beiden Unfällen eine Commotio cerebri erlitten hat, so kann das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzungen bejaht werden. Aufgrund des Fehlens organisch-struktureller Verletzungen kann dieses Kriterium - ausgehend von den vorgenannten Annahmen - aber jedenfalls nicht als in besonders ausgeprägter Weise erfüllt betrachtet werden.

Zwar ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall in regelmässigen Abständen ärztlich untersucht und behandelt wurde, mehrere Serien Physiotherapie absolvierte (vgl. Urk. 18/ZM37), eine Craniosakraltherapie begann (Urk. 18/ZM45), einen Rehabilitationsaufenthalt in der Z. absolvierte (Urk. 18/ZM26) sowie in psychotherapeutischer Behandlung war (vgl. Urk. 18/ZM34, Urk. 18/ZM46 S. 19). Eine langanhaltende ärztliche Behandlung wird dadurch zwar ausgewiesen. Jedoch waren zum einen die Häufigkeit der therapeutischen Massnahmen und der dafür aufzuwendende Zeitaufwand nicht übermässig hoch, zum anderen war die Mehrzahl der Therapiemassnahmen passiver Natur. Unter diesen Umständen ist nicht davon auszugehen, dass die ärztliche Behandlung mit einer erheblichen, durch die übrigen Adäquanzkriterien nicht abgedeckten Belastung im Sinne einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität (BGE 134 V 128 Erw. 10.2.3; Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 5. November 2008, 8C\_744/2007, Erw. 5.3.3) einherging,

zumal der Beschwerdeführer während der ganzen Zeit keiner Arbeit nachging. Das Kriterium "fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung" wird daher nicht erfüllt. Die beantragte Edition einer Zusammenstellung der Krankenkasse über sämtliche kassenpflichtigen Leistungen im Zeitraum vom 30. Juni 2004 bis 31. Juli 2006 (Urk. 1 S. 28) erbringt sich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach den Unfällen klagte der Beschwerdeführer vorwiegend über Kopf- und Nackenschmerzen sowie neuropsychologische Beeinträchtigungen. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich, dass Dr. G. \_\_\_ bereits im Februar 2005 darauf hinwies, dass die funktionelle Einschränkung der Halswirbelsäule moderat sei (Urk. 18/ZM18 S. 12), was später unter anderem auch von den C. \_\_\_-Gutachtern bestätigt wurde (Urk. 28 S. 3). Dies spricht nicht für besonders schwere Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich. Hinsichtlich der Kopfschmerzen wiesen mehrere Ärzte darauf hin, dass diese möglicherweise auch auf einen Missbrauch von Medikamenten zurückzuführen seien (Urk. 18/ZM48 S. 4, Urk. 28 S. 2). Ferner konnten die geklagten neuropsychologischen Beschwerden auch nach zweimaliger Testung (in der Z. \_\_\_ [Urk. 18/ZM26 S. 6 ff.] sowie im B. \_\_\_ [Urk. 18/ZM46 S. 17 ff.]) nicht objektiviert werden, wobei in der klinischen Untersuchung keine wesentliche Einschränkung der Konzentration und des Gedächtnisses festgestellt werden konnte (vgl. auch Urk. 18/ZM46 S. 19). Vielmehr bestanden deutliche Anhaltspunkte für eine fehlende Motivation und Kooperation des Beschwerdeführers bei den Tests. Der vom Beschwerdeführer geklagte Schwindel schien nicht besonders schwer zu sein. So gab er den Neurologen der Schmerzklinik des I. \_\_\_ selbst an, der Schwindel trete nur unregelmässig auf, entspreche einem komischen Gefühl und dauere nur wenige Sekunden. Weiter berichtete er auf Anfrage, nie aufgrund des Schwindels gestürzt zu sein (Urk. 18/ZM48 S. 2 und 4). Zudem kommen für den Schwindel zumindest teilweise auch unfallfremde Ursachen (phobischer Schwankschwindel) in Frage (Urk. 18/ZM48 S. 4). Die allenfalls unfallbedingt verschlimmerten neuropathischen Beschwerden im linken Arm fallen nur schon deshalb nicht erheblich ins Gewicht, weil der Beschwerdeführer bereits seit der Geburt unter einer schweren neurologischen Pathologie im Bereich des linken Armes leidet. Diesbezüglich ist auch zu berücksichtigen, dass nach den Unfällen trotz allseitiger Untersuchungen nie eine neue strukturelle Läsion in diesem Bereich nachgewiesen werden konnte, was ebenfalls nicht für besonders schwerwiegende (rein unfallkausale) Beschwerden spricht. Schliesslich ist auch zu beachten, dass mehrere Ärzte den psychosozialen Belastungsfaktoren (finanzielle Probleme und Scheidung), welche nicht unfallkausal sind, eine schmerzverstärkende beziehungsweise - unterhaltende Wirkung beimessen. Unter diesen Umständen ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden höchstens leichtgradig erfüllt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Bejahung des Kriteriums "schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen" bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Aus der ärztlichen Behandlung und erheblichen Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Fall, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden können (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C\_252/2007, Erw.

7.6). Ein schwieriger Heilungsverlauf ist somit beim Beschwerdeführer nicht ausgewiesen. Auch ist nicht anzunehmen, dass der Unfall vom 23. März 2006 zu einer erheblichen Komplikation im Heilungsverlauf geführt hat. Das (subjektive) Beschwerdebild war nämlich schon vor dem zweiten Unfall durch sämtliche Therapiemaßnahmen kaum beeinflussbar. Das Kriterium ist nicht erfüllt.

Dr. G. \_\_\_ bescheinigte dem Beschwerdeführer bereits in seinem Gutachten vom 28. Februar 2005 aus somatisch-rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Urk. 18/ZM26 S. 14). Die davon abweichende Einschätzung der Ärzte der Z. \_\_\_ erfolgte vorwiegend aufgrund der festgestellten psychischen und psychosozialen Problematik (Urk. 18/ZM26 S. 4). Weiter ist zu berücksichtigen, dass - bei praktisch unverändertem subjektivem Beschwerdebild seit dem ersten Unfall vom 30. Juni 2004 - die Gutachter des B. \_\_\_ aus interdisziplinärer Sicht gar keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit feststellen konnten (Urk. 18/ZM46 S. 26 f.), und dass die C. \_\_\_-Gutachter von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von lediglich 25 % ausgingen (Urk. 28 S. 5). Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit wird somit durch die relevanten medizinischen Berichte nicht ausgewiesen. Das Kriterium "erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen" ist deshalb bereits aus diesem Grund nicht erfüllt.

4.3.4 Es ergibt sich, dass höchstens zwei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind, davon aber keines in ausgeprägtem Masse. Dies genügt zur Bejahung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den beiden Unfällen und den im Anschluss daran aufgetretenen "schleudertraumatischen" Beschwerden nicht, auch wenn man den ersten Unfall vom 30. Juni 2004 bei den mittelschweren Unfällen im engeren Sinn einordnet. Eine gesonderte Adäquanzprüfung der von den B. \_\_\_-Gutachtern sowie den Ärzten des K. \_\_\_ festgestellten psychischen Störungen (leichtgradige depressive Episode ohne somatische Symptome [Urk. 18/ZM46 S. 23] beziehungsweise eine der posttraumatischen Belastungsstörung ähnliche Störung sowie eine leicht bis mittelgradig depressive Episode [Urk. 3/2 S. 5 ff.]) nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa führt ebenfalls ohne weiteres zu einer Verneinung der Adäquanz dieser Beschwerden. Die Zürich hat ihre Leistungen daher zu Recht per 31. Juli 2006 eingestellt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier
- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
- 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.