

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00371 vom 23. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00371

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00371 du 23 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00371 del 23 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

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).

1.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 117 V 360 Erw. 4b bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhangs ausgeführt, dass dieser in der Regel zu bejahen sei, wenn ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert wurde und das für diese Verletzung typische Beschwerdebild vorliege. In BGE 119 V 40 Erw. 2b/aa hat das höchste Gericht präzisierend festgehalten, auch bei Schleudermechanismen der HWS würden zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektive Befunde, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsinstanzen bilden; das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssten somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Treffe dies zu und sei die natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so könne der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären. In BGE 134 V

109 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung bestätigt und präzisiert; soweit sie die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen nicht objektivierbaren Beschwerden und einem Unfall umschreibt, gilt sie unabhängig von der gestellten Diagnose auch bzw. erst recht, wenn das Beschwerdebild nicht typisch und der Kausalzusammenhang fachärztlich umstritten ist.

1.3 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.4 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren

Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

E. 2

2.1 Zwischen den Parteien ist zwar vor allem der adäquate Kausalzusammenhang strittig (vgl. Urk. 1, Urk. 2, Urk. 6 und Urk. 13). Im Lichte der vorstehenden Erwägung 1.2 ist jedoch vorab zu prüfen, ob die natürliche Kausalität aufgrund fachärztlicher Feststellungen unbestritten ist und deshalb ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten kann.

2.1.1 Das dem angefochtenen Einspracheentscheid zugrundeliegende polydisziplinäre B. ___-Gutachten vom 16. April 2007 (Urk. 8/144) weist keinerlei Versicherungsleistungen auslösende Unfallfolgen aus. Nebst einer unfallfremden Diskopathie im Bereich der Lendenwirbelsäule wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Selbstlimitierung und Behinderten-Überzeugung (ICD-10: F45.4) sowie spezielle Phobien (Höhenangst, Liftangst) mit Schwindelneigung und affektiver Hyperreagibilität (ICD-10: F40.2) diagnostiziert (S. 40). Wegen der seit Juli 2006 bekannten Diskopathie wurde dem Beschwerdeführer eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert; er wurde nämlich als in körperlich belastenden Tätigkeiten gänzlich arbeitsunfähig, in allen rückenadaptierten Tätigkeiten mit leichten bis intermittierend mittelschweren Belastungen hingegen ohne zeitliche Einschränkung voll arbeitsfähig angesehen (S. 38). Die psychischen Störungen wurden als die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkend gewertet (S. 43). Eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Integrität aufgrund des Unfalles wurde verneint (S. 39), ebenso eine weitere medizinische Behandlungsbedürftigkeit (S. 38). Als bleibende psychische Restfolge des Unfalles wurde lediglich eine - nicht invalidisierende - Ängstliche Tendenz zur Somatisierung mit Symptomen- oder Schmerzfehlverarbeitung genannt (S. 43).

2.1.2 Demgegenüber beschreibt Dr. G. ___ in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 14. April 2008 (Urk. 8/169) durch die Unfälle vom 4. August 1993 und 8. Dezember 2003

ausgelöste akute Belastungsreaktionen (ICD-10: F43.0) mit vegetativer Übererregbarkeit (Herzklopfen, Kältegefühl), Desorientiertheit und Verwirrung (S. 22 ff.). Diese Symptome hätten sich nach beiden Unfällen in einer vergleichbaren Weise ausgeweitet und den Charakter einer eigentlichen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) mit Alpträumen, flashback-Erinnerungen, Schreckhaftigkeit, Expositionsängsten, Vermeidungsverhalten und kurzzeitigen dissoziativen Reaktionen angenommen. Im Gegensatz zum ersten habe sich diese Symptomatik nach dem zweiten Unfall nicht zurückgebildet, sondern persistiere. Auf ihrem Boden sei es zur Ausbildung eines depressiven Syndroms (aktuell leichte depressive Episode ohne somatische Symptome, ICD-10: F32.00) sowie einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) gekommen. Die Kopf- und Nackenschmerzen hätten im Verlauf eine Ausweitung in den Thorax- sowie Schulter- und Armbereich gezeigt, ferner seien unklare Sensibilitätsstörungen, Schwindelbeschwerden, Sehstörungen, ein beidseitiger Tinnitus und Erektionsstörungen aufgetreten und ab 2005 zusätzlich lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein sowie einer Ausweitung in den Perinealbereich, ausserdem Schmerzen beim Wasserlassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch zeige der primär chronische Verlauf (mehrere gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen, sozialer Rückzug, Resignation) in den letzten Monaten eine Wendung, welche in psychiatrischer Hinsicht als günstig zu werten sei. Hierzu zählten die Wiederaufnahme einer Arbeit im Dezember 2007 zu 30 % sowie der Rückgang der depressiven Symptomatik und eine verbesserte Schmerzbewältigung im Rahmen des Therapieprogramms des H. ___ seit Januar 2008. Unter Berücksichtigung eines Rückgangs der Depressivität und aktiverer Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Somatisierungsstörung bestehe aus psychiatrischer Sicht inzwischen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für jede Art körperlicher Tätigkeit (S. 22). Aufgrund des Symptomkomplexes sei die Arbeitsfähigkeit insofern deutlich eingeschränkt, als körperliche Belastungen zu einer Zunahme der Schmerzen und zu Erschöpfung führten (S. 26).

2.1.3 Ä Ä Von einem fachärztlich gesicherten und unbestrittenen Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem erlittenen Unfall und einem anspruchsbegründenden Gesundheitsschaden kann somit keine Rede sein.

2.2 Ä Ä Ä Ä Es ist daher im Sinne von BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa weiter zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer geklagten und von Dr. G. ___ und dem H. ___ als invalidisierend und behandlungsbedürftig angesehenen Beschwerden klinisch fassbar sind, d.h. durch regelrecht erhobene und validierte ärztliche Befunde aus der klinischen Untersuchung plausibilisiert werden können. Blosser Klagen über bestimmte Beschwerden nach einem Unfall genügen - auch wenn sie von Ärzten als glaubhaft angesehen werden und in deren Berichte einfließen - nicht als medizinische Fakten, um das Vorliegen solcher Beschwerden und den Unfall als deren natürliche (Teil)Ursache bejahen zu können.

2.2.1 Ä Ä In diesem Zusammenhang ist vorab darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nach dem Unfall vom 4. August 1993 unspezifische Beschwerden geschildert hatte, für die kein organisches Substrat gefunden werden konnte und deren behauptete Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weder aufgrund klinischer noch aufgrund anamnestischer Befunde nachvollziehbar waren. Dem Urteil vom 11. Mai 1998, mit welchem das

Sozialversicherungsgericht den letztgenannten Sachverhalt überprüfte, kann dazu Folgendes entnommen werden (Erw. 2b; Aktenhinweise auf aktuelles Dossier des Unfalls vom 4. August 1993, Urk. 7):

Hinsichtlich der Heilkostenleistungen ist den überzeugenden Ausführungen der SUVA-Ärzte Dr. I. und Dr. J. zu folgen, gemäss denen es sich bei den Beschwerden des Beschwerdeführers nur möglicherweise um Unfallfolgen handelt. Unter Hinweis auf die Fachliteratur vertritt Dr. I. die Ansicht, gleichgültig, ob posttraumatische Kopfschmerzen früh oder später auftreten, seien sie wahrscheinlich unabhängig von jeder Einwirkung des Traumas auf das Gehirn oder andere intrakranielle Strukturen. Stattdessen schienen sie sich aus psychologischen Störungen heraus zu entwickeln, hervorgerufen durch die physischen und emotionalen Stressoren des Unfalls und unterhalten durch persistierende individuelle Belange hinsichtlich des erlittenen Unfalls, durch Arbeitsunfähigkeit sowie viele andere Faktoren. Ausserdem hingen diese Störungen von der prä-morbiden Disposition des Patienten ab (Urk. 7/39).

Diese Beurteilung deckt sich damit, dass keinerlei objektive Befunde für die Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindelgefühle des Beschwerdeführers gefunden wurden und dass seine Beschwerden sich stetig veränderten (nur Kopfschmerzen [Urk. 7/3]; konstante Schmerzen in Hinterkopf, Nacken und Schultern mit Müdigkeit, Appetitlosigkeit und starker Lärmempfindlichkeit [Urk. 7/9]; Kopfschmerzen und Beschwerden seitens der Halswirbelsäule, jedoch kein Schwindel, kein Nystagismus [Urk. 7/13]; Schwindel auf Leitern [Urk. 7/18]; Nackenschmerzen lateral und medial, Kopfschmerzen bei Wetterwechsel, bei Belastung und bei Nervosität, Schwindelbeschwerden beim Sitzen, beim Aufstehen, bei der Rotation, vor allem bei schnellen Bewegungen und Hürschwierigkeiten [Urk. 7/19]; Drehschwindel bei Reklination des Kopfes, Schwindelanfälle begleitet von Übelkeit, ohne Erbrechen, Kopfschmerzen, in erster Linie jedoch Schmerzen im Halswirbelsäulenbereich [Urk. 7/22]; Beschwerden auf der linken Seite des Halses, manchmal mit Ausstrahlungen in den Kopf, manchmal gegen den linken Arm [Urk. 7/24]).

Unter diesen Umständen erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass es an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Nacken- und Kopfschmerzen sowie den Schwindelgefühlen fehlt. Die pauschale Behauptung von verbliebenen Unfallfolgen Dr. K.s (Urk. 7/38/2) vermag die detaillierten und sorgfältigen Ausführungen Dr. I.s nicht zu widerlegen.

Wie dem von Dr. G. erhobenen Verlauf der Krankheitsentwicklung nach dem ersten Unfall (Urk. 8/169 S. 15) zu entnehmen ist, hat der Beschwerdeführer nach der Einstellung der Geldleistungen durch die Beschwerdegegnerin bald seine frühere Arbeit wieder aufgenommen und trotz diskreter psychischer (Hängenangst, Schreckhaftigkeit, gelegentliche Alpträume) und körperlicher Symptome (gehäuften, teils belastungsabhängige Kopfschmerzen) bis 2003 voll gearbeitet. Dessen ungeachtet hat er im September 1995 replicando seine mit der Beschwerde vom 2. Mai 1995 erhobene Forderung nach Taggeldleistungen der Unfallversicherung bekräftigt und bis zum Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 11. Mai 1998 daran festgehalten.

2.2.2.2. Bei der Beurteilung der im Zeitpunkt der Begutachtung aktuellen Arbeitsfähigkeit durch Dr. G. ___ stellt sich zunächst die Frage, wie sie aufgrund von hinsichtlich Zeitpunkt bzw. Häufigkeit und Stärke des Auftretens nicht spezifizierten psychopathologischen Symptomen, wie vegetative Übererregbarkeit (Herzklopfen, Kältegefühl), Desorientiertheit und Verwirrung, Alpträume, flashback-Erinnerungen, Schreckhaftigkeit, Expositionsängste, Vermeidungsverhalten und kurzzeitige dissoziative Reaktionen, zu ihrer Quantifizierung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelangt. Denn, soweit der Beschwerdeführer etwa über Angstgefühle beim Autofahren berichtete und dabei Schweissausbrüche und die Furcht vor einem erneuten Auffahrunfall schilderte (Urk. 8/169 S. 24), ist festzustellen, dass die vorerwähnte Symptomatik (insbesondere flashback-Erinnerungen, Schreckhaftigkeit, Expositionsängste und Vermeidungsverhalten) dabei offensichtlich nicht so ausgeprägt war, dass sie ihn an dieser Exposition gehindert hätte. Es ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb diese expositionsabhängige Symptomatik in einer nicht exponierten Arbeitsumgebung im gleichen oder in stärkerem Ausmass auftreten und den Beschwerdeführer derart erschöpfen sollte, dass ihm nur noch ein halbes Arbeitspensum zugemutet werden kann. Zumal die vom Beschwerdeführer im Umfang von 30 % einer Vollbeschäftigung effektiv ausgeübte Erwerbstätigkeit sich nach der Feststellung von Dr. G. ___ grundsätzlich positiv auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt und - was mit dem Ergebnis der neuropsychologischen Abklärungen im Rahmen der B. ___-Begutachtung (Urk. 8/144 S. 30 ff.) übereinstimmt - Dr. G. ___ ebenso wenig wie die anderen psychiatrischen Experten eindeutige klinische Befunde für eine die Arbeitsfähigkeit qualitativ stark einschränkende Symptomatik erheben konnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Befunderhebung (Urk. 8/169 S. 13 f. und S. 24 f.) ist ihr lediglich eine psychomotorische Unruhe, eine leichte Einschränkung der Erinnerungsfähigkeit bei intakter Merkfähigkeit, eine streckenweise Einengung des Gedankengangs auf die Schmerzen sowie eine hintergründige depressive Bedrücktheit und Ratlosigkeit aufgefallen. Im Übrigen handelt es sich bei den von Dr. G. ___ erhobenen Befunden über für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit relevante Symptome nicht um ärztliche Feststellungen anlässlich der Explorationsgespräche (klinische Befunde), sondern um Beurteilungen von Symptomschilderungen des Beschwerdeführers (anamnestische Befunde). Jedenfalls ist aus der Befunderhebung nicht ersichtlich, dass bzw. wie sich in der Untersuchung etwa eine deutliche erhöhte Schreckhaftigkeit und Lärmempfindlichkeit manifestiert hätte.

2.2.3. Unter Hinweis auf die in Erwägung 1.4 dargelegte Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung somatoformer Schmerzstörungen ist weiter festzuhalten, dass der zur Begründung des Anspruchs auf Invaliditäts- und Integritätsleistungen der Unfallversicherung erforderliche natürliche Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und einem diese Leistungen auslösenden dauerhaften Gesundheitsschaden gegeben sein muss. Diese Voraussetzung ist nur bei einer invalidisierenden Schmerzproblematik erfüllt, nicht jedoch bei einer mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbaren. Ob die Schmerzproblematik - wie im B. ___-Gutachten und im Bericht des H. ___ vom 13. Mai 2008 (Urk. 8/173) - als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), oder - wie im Gutachten von Dr. G. ___ - als Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) bezeichnet wird, ist versicherungsrechtlich hingegen ohne Belang.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für eine ausnahmsweise Nichtüberwindbarkeit der - im B.____-Gutachten als nicht invalidisierend angesehenen - Schmerzproblematik können dem Gutachten von Dr. G.____ keine Anhaltspunkte entnommen werden. Ganz im Gegenteil hat der Beschwerdeführer mit der von ihr berichteten Aufnahme einer teilzeitlichen Erwerbstätigkeit selbst gezeigt, dass einer Überwindung der Schmerzproblematik keine grundsätzlichen Hindernisse entgegenstehen, und lässt sich allein mit dem Hinweis auf die Chronizität der Schmerzproblematik (Urk. 8/169 S. 28) nicht erklären, warum zwar eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 % auf 50 %, nicht aber eine solche von 50 % auf 100 % möglich sein soll.

2.2.4 Ä Ä Auch die Befunderhebung des H.____ (Urk. 8/173) weist keine Befunde über psychopathologische Symptome für eine starke Beeinträchtigung von für die Arbeitsfähigkeit entscheidenden psychischen Ressourcen aus.

2.2.5 Ä Ä Insgesamt liegen also keine gesicherten ärztlichen Befunde über eine nach Art und Ausmass die Arbeitsfähigkeit oder die Integrität des Beschwerdeführers dauerhaft einschränkende psychische Symptomatik im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin vor. Auswirkungen der vom Beschwerdeführer als Unfallfolgen beklagten Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit sind klinisch nicht fassbar.

2.3 Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass die Frage, ob beim Beschwerdeführer als natürlich-kausale Folge der beiden Unfälle vom 4. August 1993 sowie 8. Dezember 2003 eine invalidisierende oder die Integrität des Beschwerdeführers beeinträchtigende psychische Störung vorliegt, aus fachärztlicher Sicht unterschiedlich beurteilt wird (Erw. 2.1) und eine solche Störung nicht durch zuverlässige ärztliche Befunde nachgewiesen ist (Erw. 2.2). Demnach ist bei der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs der in Übereinstimmung mit der Befundlage stehenden - und damit den Anforderungen gemäss vorstehender Erwägung 1.3 entsprechenden - Beurteilung des B.____-Gutachtens zu folgen, und erscheint der natürliche Kausalzusammenhang auch aus rechtlicher Sicht nicht als überwiegend wahrscheinlich.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. September 2008 bereits aus diesem Grund zu Recht an ihrer Leistungseinstellung per 31. Mai 2007 festgehalten und dem Beschwerdeführer weder eine Invalidenrente noch eine Integritätsentschädigung zugesprochen hat, ist die Beschwerde abzuweisen, ohne dass weitere Ausführungen zu dem zwischen den Parteien strittigen adäquaten Kausalzusammenhang erforderlich wären.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt unter Beilage des Doppels von Urk. 13

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.