

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00079

vom 6. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00079 du 6 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00079 del 6 agosto 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

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

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

2.3 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden

wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungswise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 2.4

2.4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.4.2 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungswise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;

- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

E. 3

3.1 Nach dem das Fahrzeug des Beschwerdeführers, welcher sein Auto zwecks Abbiegen auf der Fahrspur angehalten hatte, von einem nachfolgenden Bus gerammt worden war (vgl. Polizeibericht vom 14. Juli 2005, Urk. 10/10/2-12), gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. J. ____, Notfallärztin Chirurgie Spital Z. ____, an, er sei bei gerader Kopfstellung von der Heckauffahrkollision überrascht worden (vgl. Dokumentationsbogen, Urk. 10/4). Sofort nach dem Ereignis habe er starke Nackenschmerzen links verspürt. Weitere Beschwerden verneinte er. Die Ärztin erhob einen Druckschmerz an HWS und LWS. Die neurologische Untersuchung erwies sich als unauffällig. Dr. J. ____, verordnete Analgesie und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis mindestens zum 18. Juli 2005 (Urk. 10/4/2).

Dr. A. ____, nannte im Arztzeugnis vom 6. August 2005 (Urk. 10/2) eine HWS- und LWS-Distorsion, starke Schmerzen an HWS und LWS, eine schmerzbedingte Einschränkung der Beweglichkeit, aber seitengleiche Kraft. Hinweise für ossäre Läsionen hätten ebenso gefehlt wie Anzeichen eines Hämatoms. Parästhesien seien nicht feststellbar gewesen. Aus der Krankengeschichte ergibt sich zudem, dass der Beschwerdeführer angab, sich im Laufe des 14. Juli 2005 erbrochen zu haben und zudem an Schwindel zu leiden. Sowohl ein CT des Schädels als auch ein Sono-Abdomen ergaben keine Läsionen, sondern visualisierten intakte Verhältnisse (Urk. 10/6). Die Röntgenaufnahme von HWS, LWS und Thorax zeigten ein erhaltenes Alignment (Urk. 10/7).

3.2 Der ab 18. Juli 2005 (Urk. 10/3) behandelnde Hausarzt Dr. F. ____, diagnostizierte ein mittelschweres HWS-Distorsionstrauma, erhob einen starken Muskelhartspann cervical, supraspinal und am Trapezius beidseits, eine eingeschränkte Rotation bei ungleichlicher Flexion/Extension sowie eine schmerzbedingte Rotationsfehlstellung L5/S1 und Drehskoliose der HWS. Neben medikamentöser Therapie verordnete er das Tragen einer Halskrause.

3.3 Dr. F. ____, machte am 11. August 2005 (Urk. 10/11) aktenkundig, die Beschwerden (Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen) hätten sich einen Tag nach dem Unfallereignis verstärkt (Schmerzen an der HWS, Erbrechen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Tinnitus rechts). Trotz medikamentöser Therapie, einmaliger Infiltration am 25. Juli 2005 und Tragen des Halskragens sei es zu keiner Verbesserung

gekommen. Zusätzlich bestanden diverse psychovegetative Reaktionen. Bei kompromittierenden Faktoren (Sprachproblem, ungewollte Schwangerschaft der Ehefrau, nicht genau objektivierbare Schmerzintensität) sei die Situation komplex, weshalb eine raschest mögliche stationäre Rehabilitation von Nutzen sei, ansonsten mit einer Invalidisierung zu rechnen sei.

3.4. Das MRI der HWS vom 17. August 2005 (Bericht des Spitals B., Urk. 10/20) zeigte einen intakten Dens, eine normale Stellung am craniocervicalen Übergang sowie intakte ossäre Strukturen. Die Stellung der Intervertebralgelenke war regelrecht, ein intraspinales Hämatom wurde nicht visualisiert. Degenerative Bandscheibenveränderungen fehlten. Bei minimalen Protrusionen bei C4-C7 ohne Einengung der Foramina ergaben sich mithin an der HWS keinerlei pathologische Befunde.

3.5. Vom 16. bis zum 30. August 2005 (vgl. Urk. 10/33/1) hielt sich der Beschwerdeführer zwecks konservativer Schmerztherapie mit Frührehabilitation im Spital B. auf (Bericht vom 22. September 2005, Urk. 10/17). Dessen Ärzte diagnostizierten ein zervikovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei HWS-Distorsionstrauma sowie eine einseitige hochtonbetonte Hörminderung und einen Tinnitus rechts und hielten dafür, ein Zusammenhang der Hörstörung mit dem Unfall erscheine bei unauffälligem Schädel-MRI (Urk. 10/21) eher unwahrscheinlich. Differentialdiagnostisch komme ein früheres unilaterales akustisches Trauma in Frage. Das psychologische Konsilium vom 26. August 2005 ergab eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt und ausgeprägtem Schonverhalten (Urk. 10/17/2). Dem Bericht ist schliesslich zu entnehmen, dass - bei subjektiver Persistenz des Beschwerdeausmasses - im Verlauf eine Überreaktion bezüglich der Schmerzen und die Angabe von Kreuzschmerzen bei Scheinmanöver auffallend waren (Urk. 10/17/3). Betreffend die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers attestierten die Ärzte vom 30. August bis zum 11. September 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab dem 12. September bis zum 9. Oktober 2005 eine solche von 50 % und danach eine solche von 0 % beziehungsweise eine Arbeitsfähigkeit nach Massgabe des Hausarztes (Urk. 10/17/1).

4. Auf Empfehlung der Ärzte nahm der Beschwerdeführer am 23. September 2005 eine ambulante psychologische Behandlung für besseres Schmerzcoping (Angstbewältigung und Entspannung, Urk. 10/17/3) bei lic. phil. L., Fachpsychologin für Klinische Psychologie/Psychotherapie FSP, auf (Urk. 10/33).

3.6. Gemäss Telefongespräch vom 12. Oktober 2005 (Urk. 10/18) mit dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers nahm dieser die Arbeit gleichwohl nicht wieder auf. Ein Arbeitsversuch fand ebenfalls nicht statt. Der Arbeitgeber führte aus, der Hausarzt attestiere immer noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei ihm nicht bekannt, dass die Ärzte des Spitals B. Spitals eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert hätten. Als Hilfsarbeiter sei ein Einsatz mit reduzierter Leistung jedoch ohnehin nicht möglich.

4. Am 29. Dezember 2005 (Urk. 10/32) erklärte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, dessen Hausarzt sei mit einem therapeutischen Arbeitsversuch von drei mal vier Stunden wöchentlich ab Januar 2006 einverstanden.

3.7. Dr. med. K., Augenarzt FMH, notierte am 31. Januar 2006 (Urk. 10/39), die subjektiven Beschwerden hätten durch eine Hyperopie (nicht unfallbedingt) erklärt

werden können (vgl. auch Urk. 10/72).

3.8. Ab Januar 2006 (Urk. 10/34/2) machte der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch, beklagte aber starke Schmerzen und gab an, den Kopf nicht drehen zu können. Gemäss Angabe seines Arbeitgebers gebe er sich grosse Mühe (Urk. 10/40).

3.9. Am 18. April 2006 (Urk. 10/62) ersuchte Dr. F. Dr. C. um neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers. Dieser leide nach einem mittelschweren HWS-Distorsionstrauma nach wie vor an einer persistierenden Bewegungseinschränkung der HWS mit ausgeprägtem Muskelhartspann, zeitweiligem Tinnitus rechts und psychovegetativen Begleitreaktionen sowie reaktiver Depression.

3.10. Mit Zeugnis vom 20. April 2006 (Urk. 10/50) bestätigte Dr. F. eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 14. Juli bis zum 31. Dezember 2005. Aufgrund eines Vorschlages der Beschwerdegegnerin sei am bisherigen Arbeitsplatz ab dem 3. Januar 2006 ein Arbeitsversuch mit 25 % (dreimal ein halber Arbeitstag) angeordnet worden.

3.11. Gegenüber Dr. C. beklagte der Beschwerdeführer noch am 25. April 2006 (Urk. 10/52) plötzlich auftretende Nacken- und Kopfschmerzen, welche bei körperlicher Belastung sofort zunehmen. Begleitend komme es zu Schwindel und Augenflimmern. Der Tinnitus sei unverändert. Trotz Physiotherapie habe sich das Beschwerdebild nur wenig zurückgebildet. Der Neurologe hielt fest, der Beschwerdeführer besuche einmal wöchentlich eine Kraniosacraltherapie, daneben zweimal in der Woche ein Fitnessstraining sowie einmal Psychotherapie. Vor dem Unfall sei der Beschwerdeführer gesund und leistungsfähig gewesen. Dr. C. erhob eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS sowie eine palpatorisch deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle fehlten ebenso wie Hinweise für traumatische Gefässschäden. Der EEG-Befund erwies sich als normal (Urk.

10/52/2). Der Neurologe hielt dafür, bei fehlenden abnormen Befunden dürfte das Beschwerdebild weitgehend weichteilbedingt sein. Ein organisches Substrat habe sich für den Tinnitus nicht finden lassen, die Augenprobleme seien neurologisch nicht erklärbar. Dr. C. empfahl, unverändert mit den bisherigen Therapien (kraniosacral, Fitness, Psychotherapie) weiterzufahren. Die Arbeitsfähigkeit sei vorläufig bei 25 % zu belassen. Eine Steigerung sei erst bei einem Rückgang der Beschwerden möglich (Urk. 10/52/3).

3.12. Nachdem sich der Haftpflichtversicherer am 13. März 2006 mit der Übernahme der Kosten für einen Deutschkurs einverstanden erklärt hatte (Urk. 10/44), machte der Beschwerdeführer anlässlich der Besprechung vom 15. Juni 2006 (Urk. 10/56/1) aktenkundig, derzeit einen Deutschkurs (wöchentlich dreimal vier Stunden) zu absolvieren. Sein Arbeitgeber führte aus, der Beschwerdeführer könne sich manchmal kaum bewegen. Er werde nur noch dafür eingesetzt, Autos zu verstellen oder beim Strassenverkehrsamt vorzuführen. Nach wie vor gebe er sich Mühe, erbringe jedoch keine Arbeitsleistung (Urk. 10/56/2).

3.13. Dem Kreisarzt Dr. D. präsentierte sich am 20. Juli 2006 (Urk. 10/65) ein ernster, gleichförmig und langsam sprechender, die Beschwerden nicht betonender, sportlich wirkender Beschwerdeführer, welcher über die sogenannt typische

HWS-Symptomatik klagte. Beim Gehen zeigte er ein unauffälliges Bewegungsmuster sowie eine im Sessel sitzende freie, aufrechte Sitzposition, aber ohne Bewegungen im HWS-Bereich (Urk. 10/65/3). Der Kreisarzt erhob diskrete Befunde mit unspezifischen muskulären Verspannungen im HWS-Nackebereich beidseits, Klopfdolenz der unteren HWS mit Prädilektion C7, Klopfdolenz der unteren LWS mit paravertebralen Verspannungen sowie mit erheblicher Bewegungseinschränkung im Bereich der HWS, unwesentlich im Bereich der LWS (Urk. 10/65/4). Dr. D. ___ hielt fest, es bestehe ein schwieriger Verlauf mit massiger Symptomatik ohne strukturelle Veränderungen. Die Beschwerden und Symptome seien mit dem Unfallereignis aufgetreten und medizinisch nicht anders zuzuordnen. Nach einer nochmaligen intensiven Behandlungssequenz sei eine abschliessende Beurteilung vorzunehmen (Urk. 10/65/5).

3.14. Die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik erklärte (Bericht vom 14. Juli 2006, Urk. 10/67), das Auto des Beschwerdeführers habe anlässlich des Heckauffahrunfalles vom 14. Juli 2005 eine Geschwindigkeitsveränderung in Vorwärtsrichtung erfahren, welche knapp innerhalb oder oberhalb eines Bereiches von 10 - 15 km/h gelegen haben dürfte. Aufgrund der technischen Triage und medizinischen Unterlagen seien die von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionswirkung im Normalfall erklärbar (Urk. 10/67/4).

3.15. Dr. F. ___ berichtete am 14. August 2006 (Urk. 10/73), trotz intensiver Bemühungen habe keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden können, weshalb er und Kreisarzt Dr. D. ___ zum Schluss gekommen seien, es müsse ein stationärer Rehabilitationsversuch aufgenommen werden. Der Hausarzt des Beschwerdeführers hielt zu Händen der Ärzte der Klinik E. ___ fest, er habe den Eindruck, dass eine psychosomatische Überlagerungstendenz im Sinne einer latenten Depression doch eine wesentliche Rolle zu spielen scheine, wobei auch die kulturelle Herkunft und die Adaptation mit Sprachschwierigkeiten eine Rolle spielen dürfte. Die Ehefrau des Beschwerdeführers werde zunehmend durch die Situation belastet, dass (ihr) dieser keine Arbeit abnehme. Diesen Gesichtspunkten und den psychovegetativen Begleiterscheinungen gelte es wahrscheinlich vermehrt Beachtung zu schenken.

3.16. Vom 11. September bis zum 20. Oktober 2006 (Bericht vom 1. Dezember 2006, Urk. 10/94) hielt sich der Beschwerdeführer im Rahmen des Interdisziplinären Schmerzprogrammes (DISP) in der Klinik E. ___ auf. Dessen Ärzte diagnostizierten (1) ein HWS-Distorsionstrauma mit Zervikocephalsyndrom, Bewegungseinschränkung und rechtsseitigen Kopfschmerzen, Begleittinnitus und psychovegetativen Begleitreaktionen (Ermüdbarkeit, Schwitzen, verminderte Belastbarkeit), (2) ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom rechts sowie (3) einen Verdacht auf Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2). Die Ärzte notierten, die Therapieziele (Erlernen und Anwendung von Schmerz copingstrategien, aktive Stabilisierung der Wirbelsäule im Alltag) hätten nicht erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe zwar Schmerz copingstrategien kennengelernt, diese aber nicht anwenden können. Obwohl der Beschwerdeführer nach ihrem Dafürhalten über ein gutes Sprach- und Gesamtverständnis verfüge und die Therapien auch motiviert besucht habe, habe er aufgrund der eigenen Wahrnehmung und Überzeugung in Schmerzmomenten nur wenig vom erlernten Konzept für sich transferieren können. Neben Hinweisen für eine Angst- und Depressionskomponente bestehe ein deutliches angstbedingtes Vermeidungsverhalten, welches die somatischen Befunde (schmerzhafter Muskelhartspann, fehlende Stabilisierungsfähigkeit) noch

verstärkte. Die Experten hielten abschliessend dafür, die Schmerzen seien durch die Organbefunde in ihrer Intensität und ihrem Ausmass nicht hinreichend geklärt (Urk. 10/94/2). Einzig die Schmerzen im Lumbalbereich zeigten eine Regredienz. Mit Blick auf die genannten Befunde sei die Therapie weiterhin interdisziplinär, einschliesslich psychologischer Betreuung, und die bestehende 25 % Arbeitsfähigkeit aus therapeutischer Sicht zur Tagerstrukturierung sowie Aktivierung weiter zu fördern. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei allenfalls sukzessive im Rahmen eines zu erhoffenden Rückgangs der Beschwerden vorzunehmen (Urk. 10/94/3).

3.17 Zu Händen von Kreisarzt Dr. D. ___ schrieb Dr. F. ___ am 11. Dezember 2006 (Urk. 10/95), der Aufenthalt in der Klinik E. ___ habe nichts bewirkt - im Gegenteil beklage der Beschwerdeführer noch mehr Schmerzen als zuvor. Er sei zunehmend verschlossen und aggressiv gegenüber der Ehefrau. Auch die Psychologin habe berichtet, sie habe praktisch keinen Zugang mehr zum Beschwerdeführer. Dessen Ehefrau, welche mit einem 100%-Pensum tätig sei und zu Hause das Kind und den Ehemann zu betreuen habe, sei vollständig überlastet und derzeit an der Grenze zur Anorexie. Medizinisch sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zum Bericht vom 14. August 2006 keine Veränderung zu finden. Hingegen glaube er, Dr. F. ___, dass der Beschwerdeführer neben dem kulturellen auch ein familiäres Problem habe und schwer depressiv sei. Insgesamt seien alle Beteiligten momentan von der Situation überfordert; er selber sei ratlos. Er denke, dass ein gravierendes kulturelles Problem bestehe, das momentan nicht gelöst werden könne. Sollte der Kreisarzt Kenntnis von interkulturellen psychologischen Betreuungsdiensten haben, so wäre dies das Einzige, wovon er sich derzeit Hilfe vorstellen könnte.

3.18 Auch lic. phil. L. ___ erklärte (Bericht vom 15. Januar 2007, Urk. 10/100), der Beschwerdeführer klage seit dem Rehabilitationsaufenthalt vermehrt über Schmerzen, mit denen er trotz Instruktionen nicht umzugehen wisse. Damit gerate er in eine psychosozial krankheitsfördernde Situation mit hoher Belastung für das familiäre System. Im Weiteren sei der Deutschkurs mangels Teilnehmer ausgefallen, so dass auch diese ausserhäusliche Aktivität nicht mehr bestehe. Die Psychologin hielt dafür, es wäre wichtig, den Beschwerdeführer wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, allenfalls - sollte dies beim bisherigen Arbeitgeber nicht mehr möglich sein - in einer anderen Beschäftigung.

3.19 Im Auftrag des Haftpflichtversicherers untersuchte Dr. med. M. ___, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, am 30. Mai 2007 den Beschwerdeführer (Urk. 10/133). Der Psychiater diagnostizierte eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren nach DSM IV 307.80. Schmerzen ständen im Vordergrund des klinischen Bildes und verursachten ein bedeutsames Leiden subjektiv sowie eine soziale und berufliche Beeinträchtigung. Seit Beginn und auch für das Weiterbestehen und die Therapieresistenz der Schmerzen spielten psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Dr. M. ___ erklärte, die Schmerzen würden nicht vorgetäuscht. Seit dem Auftreten der Schmerzen bestehe eine rezidivierende, depressive, zur Zeit mittelgradige Störung (ICD-10: F33.1), welche die Schmerzstörung negativ beeinflusse (Urk. 10/133/4). Der Arzt führte aus, es bestehe eine Heilung, wobei die Stellung als Mann in der Familie wahrscheinlich eine erschwerende Rolle beim Erlernen konstruktiver, nicht kämpferischer Strategien zur Schmerzbewältigung spiele. Zudem fehle es im familiären Umfeld wahrscheinlich an einer grundsätzlich verständig und

unterstützenden Haltung (Urk. 10/133/5). In Bezug auf die Prognose hielt Dr. M. ___ eine Verbesserung innerhalb der nächsten 12 Monate im Sinne einer verbesserten Schmerzbewältigung und Aufhellung der Depression von maximal 25 % als möglich (Urk. 10/133/7).

3.20 Dr. G. ___ berichtete am 17. Dezember 2007 (Urk. 10/141), die klinische Untersuchung habe keinerlei objektive Hinweise für einen Innenohrschaden geliefert. Offenbar leide der Beschwerdeführer jedoch an einem weitgehend kompensierten Tinnitus rechts, dessen Auftreten anamnestic kausal eindeutig mit dem Unfallereignis zusammenhänge. Oft würden Ohrgeräusche im Zusammenhang mit einem Schleudertrauma angegeben. Ob aber ein Tinnitus Symptom oder Ausdruck eines nicht-detektierbaren Akzelerationsschadens des Innenohres sei, könne niemand - auch nicht mittels apparativer Untersuchung - mit letzter Sicherheit feststellen (Urk. 10/141/2).

3.21 Mit Bericht vom 4. Mai 2007 (Urk. 10/144/3-4) zu Händen der Staatsanwaltschaft erklärte Dr. F. ___, eine Heilung erscheine eher unwahrscheinlich, wobei eine Verbesserung der Situation aber noch nicht ausgeschlossen werden könne. Ein weiterer stationärer Aufenthalt sei nicht vorgesehen und würde wahrscheinlich wenig bringen. Abschliessend hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers fest, es bestehe eine leichte Diskrepanz zwischen den objektiv (richtig: subjektiv) geäußerten Beschwerden und subjektiv (richtig: objektiv) nachweisbaren Störungen, weshalb er auf eine ordentliche psychologische Überlagerung/Depression schliesse.

3.22 Ein am 25. Oktober 2007 (Urk. 10/144/2) erneut durchgeführtes MRI der HWS zeigte keinen Nachweis eines Knochenmarködems, keine Diskushernie oder höhergradig ossäre Einengung der Neuroforamina, visualisierte aber eine Streckfehlhaltung.

3.23 Am 12. Februar 2008 untersuchte Kreisarzt Dr. D. ___ den Beschwerdeführer erneut (Urk. 10/146). Der Arzt beschrieb den Beschwerdeführer als müde, unausgeschlafen, aber konzentriert wirkend, welcher adäquate Antworten gegeben habe. Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schwindel oder Schmerzen seien nicht erkennbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich fast zeitlupenartig bewegt und die aufrechte Sitzposition praktisch nie gewechselt (Urk. 10/146/3). Dr. D. ___ notierte, die bis anhin noch durchgeführten Behandlungen (psychologisch-psychiatrisch, MTT, Physiotherapie mit Kraniosacraltherapie, Akupressur, Schmerzmedikamente und Antidepressiva) hätten keine wesentliche Veränderung des Gesamtzustandes erreichen lassen und hätten nur beschränkt. Therapeutische Massnahmen ohne organisches Korrelat seien nicht Erfolg versprechend und daher unfallbedingt abzusetzen (Urk. 10/146/4). Der Kreisarzt erhob eine minimale Muskelverspannung paravertebral zervikal, der Trapeziusmuskulatur und paravertebral lumbal sowie eine leichte Bewegungseinschränkung in allen Richtungen ohne nachgewiesene pathologische bildgebende Veränderungen. Es sei mit dem Unfallereignis nicht erklärbar, dass keine Verbesserung der Situation habe erreicht werden können. Seien strukturelle, degenerative und traumatische Läsionen nie nachgewiesen worden - für die LWS werde dies noch einmal gründlich abgeklärt -, so seien die Beschwerden nicht erklärbar. Die bis auf einen Arbeitsversuch durchgehend attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei aufgrund der somatischen Befunde nicht gerechtfertigt. Psychiatrisch sei aufgrund der depressiven mittelgradigen Störung eine gewisse Einschränkung erkannt worden, wobei die Leistungsverminderung vorwiegend wegen der sogenannten typischen HWS-Symptome

bestehe, weshalb für die Arbeitsfähigkeit die Adäquanzbestimmung massgebend sei. Medizinisch bestehe unfallbedingt somatisch keine Einschränkung (Urk. 10/146/5).

3.24 Die MRI-Untersuchung der LWS zeigte eine Degeneration L5/S1 im Sinne einer Osteochondrose, eine ganz kleine mediane Diskushernie L5/S1 ohne Wurzeltaschenkompression sowie einen im übrigen unauffälligen Befund kranial von L5 (Bericht vom 29. Februar 2008, Urk. 10/154/2). Dr. F. ___ hielt am 10. März 2008 (Urk. 10/154/1) dafür, dieser Befund sei völlig unbedeutend und mit wenig klinischer Konsequenz. Demgegenüber sei er mit der Interpretation der psychovegetativen Reaktionen durch den Kreisarzt, welche eindeutig im Zusammenhang mit dem Unfallereignis ständen, nicht ganz einverstanden. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei niemals möglich. Der Beschwerdeführer sei maximal zu 50 % in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig.

In Beurteilung des LWS-MRI erklärte Dr. D. ___ am 18. März 2008 (Urk. 10/157) ergänzend, die dargestellten degenerativen Veränderungen ergäben Anhaltspunkte für die Erklärung der unspezifischen Verspannungen und Schmerzen. Ein Zusammenhang zum Unfallereignis sei nicht gegeben.

E. 4

4.1 Vorab ist festzuhalten, dass der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin nicht verfrüht erfolgte. Dieser und damit verbunden die Prüfung eines Rentenanspruchs hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Erw. 2.1), was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - bestimmt (BGE 134 V 109 Erw. 4). Dass eine namhafte Besserung durch weitere Therapien oder Massnahmen zu erwarten gewesen wäre, ergibt sich entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Erw. 1.2) nicht aus den Akten. Im Gegenteil ist augenfällig, dass keine der diversen Therapien zu einer - auch nur unwesentlichen - Verbesserung des Zustandes zu führen vermochte. Weder die stationären Therapien (Erw. 3.5, 3.17) noch alle weiteren durchgeführten Massnahmen erzielten eine Beschwerdereduktion. Endlich hielt Dr. F. ___ eine Heilung für unwahrscheinlich und ein weiterer stationärer Aufenthalt als wenig gewinnbringend (Erw. 3.21). Vor diesem Hintergrund war nicht zu erwarten, dass mittels zusätzlicher Therapien - auch nicht, wie von den Gutachtern des I. ___ vorgeschlagen (Erw. 3.25.3), durch geeignete, physiotherapeutisch unterstützte Massnahmen - eine Verbesserung eingetreten wäre, wurden solche Massnahmen doch bereits seit langer Zeit ohne jeden sichtbaren Erfolg durchgeführt. Wie im übrigen eine verbesserte Schmerzbewältigung oder Aufhellung der Depression zu erreichen wäre, ergibt sich denn auch nicht aus dem Gutachten des Dr. M. ___ (Erw. 3.19), was angesichts des Heilungsverlaufes ohnehin unwahrscheinlich erscheint.

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, der Fallabschluss sei zu früh erfolgt, stösst mithin ins Leere.

4.2

4.2.1 Unbestritten und belegt ist, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 14. Juli 2005 ein HWS- und LWS-Distorsionstrauma erlitt. Ebenso steht fest, dass den geklagten Beschwerden - mit

Ausnahme der an der LWS erhobenen degenerativen Veränderungen (Erw. 3.24) - zu keiner Zeit ein (unfallbedingtes) organisches Korrelat gegenüberstand (Erw. 3.1, 3.4, 3.11, 3.20) und die Ärzte zu Beginn von einer schnellen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ausgingen (Erw. 3.1, 3.5), was sich in der Folge jedoch nicht verwirklichte. Dabei ist augenfällig, dass bereits kurz nach dem Ereignis unfallfremde Faktoren sowie eine psychische Überlagerung Platz griffen (Erw. 3.3, 3.5, 3.15). Damit wäre die Adäquanz der noch geklagten Beschwerden - mit Ausnahme jener an der LWS - mit dem fraglichen Unfallereignis nach den Regeln bei psychischer Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) zu prüfen. Ist jedoch - wie nachfolgend zu zeigen ist - der adäquate Kausalzusammenhang der noch geklagten Beschwerden mit dem Heckauffahrunfall auch nach der sogenannten Schleudertraumapraxis (BGE 117 V 359 und 134 V 109) zu verneinen, so ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend allfällig noch geklagter LWS-Beschwerden bleibt darauf hinzuweisen, dass selbst dann, wenn von einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch stummen Vorzustandes an der Wirbelsäule durch das fragliche Unfallereignis ausgegangen würde, diese nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2008 i.S. B., 8C_684/2007, Erw. 4.4). Angesichts dessen sowie der Tatsache, dass die erhobenen Befunde degenerativer - und damit grundsätzlich nicht unfallbedingter - Natur sind, und Dr. F. ___ zudem dafür hielt, der Befund sei völlig unbedeutend und mit wenig klinischer Konsequenz (Erw. 3.24), so ist ohne Weiteres darauf abzustellen, dass ein (allfälliger) natürlicher Kausalzusammenhang weggefallen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mithin bleibt die Adäquanz der noch geltend gemachten HWS-Beschwerden mit dem Unfallereignis zu prüfen.

4.2.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausgangspunkt für die Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv fassbare) Unfallereignis, wobei abhängig von der Unfallschwere je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen sind (Erw. 2.4.2). Gemäss Polizeirapport vom 14. Juli 2005 (Urk. 10/10) hatte der Beschwerdeführer seinen Wagen gegen die Leitlinie gelenkt und angehalten, da er auf der linken Strassenseite auf einen Parkplatz einbiegen wollte. Ein (leerer) Car, welcher in dieselbe Richtung fuhr, übersah den vor ihm korrekt eingespurten und stillstehenden Wagen des Beschwerdeführers, weshalb es trotz sofort eingeleiteter Notbremsung zu einer Auffahrkollision kam. An beiden Fahrzeugen entstand Sachschaden (Urk. 10/10/4-5). Gemäss bundesgerichtlicher Praxis werden Auffahrkollisionen auf eine stehendes Fahrzeug regelmässig in die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingereiht (statt vieler: RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, Erw. 5.1.2 mit Hinweisen), wovon abzuweichen auch im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der gesamten Verhältnisse kein Anlass besteht, lag doch die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung knapp innerhalb oder oberhalb eines Bereichs von 10 - 15 km/h (Erw. 3.14). Selbst wenn von einem mittelschweren Ereignis im mittleren Bereich ausgegangen würde, müssten zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes der weiteren massgeblichen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein.

4.2.3. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit ist offensichtlich nicht gegeben. Ebenso fehlt es an der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, führt doch allein die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht zur Bejahung des Kriteriums (BGE 134 V 109). Daran vermessen weder die - ans Obergericht weitergezogene und damit nicht rechtskräftige - Verurteilung des Unfallverursachers (Urk. 10/181), noch die weitere Diagnose einer LWS-Distorsion, welche offensichtlich von untergeordneter Bedeutung war (Kreuzschmerzen bei Scheinmann, Erw. 3.5; vgl. auch die Einschätzung von Dr. F. ____, welcher den LWS-Befund als völlig unbedeutend erachtete: Erw. 3.24), etwas zu ändern. Im Übrigen hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Kollision eine gerade Kopfhaltung inne (Erw. 3.1), was keiner zusätzlichen Belastung gegenüber dem Normalfall gleichkommt (Urk. 10/67/4).

4.2.4. Anlässlich der Frührehabilitation im Spital B. ____, hatten dessen Ärzte bereits im Oktober 2005 eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als möglich erachtet und einzig noch eine begleitende Psychotherapie für besseres Schmerz coping empfohlen (Erw. 3.5). Weder die anschliessend getätigten diagnostischen Untersuchungen, die in erster Linie Abklärungszwecken dienten, noch die weiterhin besuchte Physiotherapie, Akupunktur oder MTT, noch der stationäre Aufenthalt in der Klinik E. ____, welcher insbesondere dem Erlernen und der Anwendung von Schmerz copingstrategien diente (Erw. 3.16), sind als belastende ärztliche Behandlung zu betrachten. Dies umso weniger, als augenfällig ist, dass unfallfremde Faktoren (Sprachprobleme, Schwangerschaft der Ehefrau, Erw. 3.3; kulturelle Herkunft und Adaptionsprobleme, Erw. 3.15, familiäres Problem, Erw. 3.19) die körperliche Genesung erschwerten. Auch dieses Kriterium ist damit nicht erfüllt.

4.2.5. Wenngleich Dr. F. ____, zu Beginn das Tragen einer Halskrause verordnet hatte (Erw. 3.2), ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer den Kragen über längere Zeit getragen hätte. Im Übrigen ist es nicht Aufgabe der Rechtsprechung, zu kontroversen medizinischen Streitfragen, wozu auch das Tragen einer Halskrause gehört, Stellung zu nehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009 i.S. T., 8C_1020/2008, Erw. 5.6). Somit ist einzig aufgrund des Umstandes, dass dem Beschwerdeführer vom seinem Hausarzt ein Halskragen verordnet wurde, das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung noch nicht erfüllt.

4.2.6. Schliesslich darf aufgrund persistierender Beschwerden trotz durchgeführter Behandlung noch nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen im Sinne des entsprechenden Kriteriums geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010 i.S. D., 8C_9/2010, Erw. 3.7.4). Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil 8C_1020/2008, Erw. 5.7). Das Kriterium ist vorliegend ebenfalls zu verneinen.

4.2.7. Bezüglich der erheblichen Beschwerden ist darauf hinzuweisen, dass Dr. F. ____, bereits einen knappen Monat nach dem Unfallereignis auf kompromittierende Faktoren (Erw. 3.3) und im August bzw. Dezember 2006 auf gravierende kulturelle Probleme (Erw. 3.15, 3.17) - mithin allesamt unfallfremde Faktoren - hinwies. In Anbetracht dessen sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Sommer 2006 im Stande war, wöchentlich dreimal einen Deutschkurs zu besuchen (Erw.

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.