

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00096 vom 29. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00096

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00096 du 29 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00096 del 29 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1971 geborene X. war als Betriebsmitarbeiter für die Y. AG tätig und deshalb bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 10/1 und 10/46). Am 25. Oktober 2006 wurde er als Lenker eines Personenwagens des Typs "Renault Laguna" in eine Auffahrkollision verwickelt (Urk. 10/1). Am 30. Oktober 2006 suchte der Versicherte den Chiropraktor Dr. Z. auf, welcher ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma diagnostizierte und ab 16. November 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestierte (Urk. 10/1, 10/4 und 10/12 sowie Eintrag auf dem Unfallschein). Am 14. November 2006 wurde eine MRI-Untersuchung der HWS durchgeführt (Urk. 10/2). Im Januar 2007 wurde der Versicherte von Dr. med. A., Facharzt FMH für Neurochirurgie, konsiliarisch beurteilt (Urk. 10/83). Am 14. März 2007 wurde ein weiteres MRI der HWS durchgeführt (Urk. 10/21). In der Folge begab sich der Versicherte in die Behandlung von Dr. med. B., Facharzt für Neurologie (Urk. 10/22). Nach der Kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Mai 2007 (Urk. 10/24) fand vom 5. bis 22. Juni 2007 ein stationärer Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik C. statt (Urk. 10/34). Danach wurde X. von Dr. med. D., Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hausärztlich betreut (Urk. 10/35 und 10/57) und von den Spezialisten der Klinik E. behandelt (Urk. 10/40, 10/41, 10/43, 10/51, 10/64, 10/76, 10/78). Am 17. Dezember 2007 wurde ein funktionelles MRI (fMRI) der HWS durchgeführt (Urk. 10/60). Am 22. Januar 2008 fand eine weitere Kreisärztliche Untersuchung statt (Urk. 10/63). Schliesslich wurden neuro-otologische Abklärungen am Spital F. (Urk. 10/84) sowie eine MRI-Untersuchung des Schädels durchgeführt (Urk. 10/90). Die SUVA übernahm die Kosten der Heilbehandlung und richtete für den infolge attestierter Arbeitsunfähigkeit entstandenen Erwerbsausfall Taggelder aus.

1.2. Mit Verfügung vom 18. August 2008 schloss die SUVA den Fall ab und stellte die Versicherungsleistungen per 30. September 2008 ein (Urk. 10/98).

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. September 2008 Einsprache (Urk. 10/99). Gestützt auf eine Stellungnahme des für die Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA tätigen Dr. med. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH und Manuelle Medizin SAMM, vom 27. Januar 2009 (Urk. 10/107), wurde die Einsprache mit Entscheid vom 9. Februar 2009 abgewiesen (Urk. 2 [= 10/108]).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 9. Februar 2009 führt der Versicherte Beschwerde und beantragt, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es

seien ihm die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen, namentlich Taggelder, Kostenersatz für Heilbehandlungen, eine angemessene Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2009 beantragt die SUVA Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Am 3. Juni 2009 wurde das Doppel der Beschwerdeantwort dem Beschwerdeführer zugestellt (Urk. 12).

Mit Eingabe vom 9. November 2009 (Urk. 16) liess der Beschwerdeführer einen Bericht des Dr. B. ___ vom 21. September 2009 (Urk. 17) auflegen. Mit einer weiteren Eingabe vom 10. Mai 2010 (Urk. 18) reichte er sodann ein psychiatrisches Gutachten der Klinik H. ___ vom 16. Februar 2010 (Urk. 19/1) sowie einen Vorbescheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Mai 2010 betreffend Zusprache einer Invalidenrente (Urk. 19/2) ein. Zu diesen Eingaben des Beschwerdeführers und den damit aufgelegten Unterlagen nahm die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 31. Mai 2010 Stellung (Urk. 24). Das Doppel dieser Eingabe wurde dem Beschwerdeführer am 2. Juni 2010 zugestellt (Urk. 25).

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

Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 1.1

1.1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 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).

1.1.2 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

1.2.1 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

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

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

1.3.3.1 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 Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für

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

E. 1.4

1.4.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.4.2 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, der Unfall vom 25. Oktober 2006 habe keine strukturelle Läsion an der Halswirbelsäule verursacht und den Vorzustand auch nicht richtunggebend verschlimmert. Es handle sich daher um gesundheitliche Beeinträchtigungen, welche organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Entsprechend sei zu prüfen, ob das aktuelle Beschwerdebild als adäquate Unfallfolge zu betrachten sei. Da die massgebenden Kriterien nicht erfüllt seien, sei die Adäquanz nicht gegeben und die verfertigte Leistungseinstellung gesetzeskonform (Urk. 2).

2.2 Demgegenüber wird in der Beschwerde vorgebracht, das versicherte Unfallereignis habe zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Ein funktionelles MRI der HWS habe sodann einen Anulusriss gezeigt. Die im November 2006 festgestellte Diskushernie stelle eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge dar, weshalb die Adäquanz von vornherein gegeben sei. Im übrigen sei der Fallabschluss ohnehin zu früh erfolgt (Urk. 1).

E. 3.1

Versicherte habe auch rezidivierende ausstrahlende Beschwerden in den linken Arm angegeben. Ebenso hätte er zweimalig Hyposensibilitäten im Bereich des Vorderarms und des dritten Fingers gehabt. Klinisch finde sich eine Tonusvermehrung der Schulter-/Nackenmuskulatur mit Druckdolenz. Der grobkursorische neurologische Untersuchungsstatus zeige keine Hinweise für eine Radikulopathie (Urk. 10/24).

3.1.3.1. Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C.____ vom 25. Juni 2007 wurde ausgeführt, rund neun Monate nach dem Heckauffahrunfall mit Erstdiagnose zervikaler Diskopathien bestehe klinisch der Verdacht auf ein akutes zerviko-radikuläres Reizsyndrom C6 links. Bei Eintritt habe der Patient über links zervikale Schmerzen mit Ausstrahlung bis in den II. und V. Finger der linken Hand berichtet. Im weiteren Verlauf sei ein kleiner hypästhetischer Bezirk über dem Rücken des linken Daumens hinzugetreten. Nach einem Wochenendaufenthalt habe der Patient über eine deutlich erschwerte HWS-Rotation und -Seitneigung nach links geklagt. Dieses Problem habe sich unter leichter aktiver Therapie mit Gewichten bis 5 kg und Traktion im Wasser als therapieresistent erwiesen. Eine weitere neurologische Untersuchung habe neu eine Abschwächung des BSR und RPR links bei ansonsten unverändertem Befund gezeigt. Die Ärzte der Rehabilitationsklinik C.____ führten weiter aus, sie würden daher aktuell von einem akuten Reizsyndrom der Nervenwurzel C6 links ausgehen, weshalb die Weiterführung eines Ergonomietrainingsprogramms nicht sinnvoll erscheine. Aufgrund ihrer Verhaltensbeobachtungen und verschiedener Gespräche mit dem Patienten sei der psychosomatische Dienst eingeschaltet worden. Dieser habe eine Anpassungsstörung ängstlich-depressiver Prägung bei psychosozialer Belastungssituation diagnostiziert. Schliesslich wurde im Austrittsbericht eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten attestiert und hinsichtlich der künftigen Arbeitsunfähigkeit auf die Beurteilung der nachbehandelnden Ärzte der Klinik E.____ verwiesen (Urk. 10/34).

3.1.4.1. Dr. med. J.____, Oberarzt Rheumatologie an der Klinik E.____, führte nach seiner Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. Juli 2007 in der Krankengeschichte aus, die Diagnose eines sensiblen cervikoradikulären Ausfallssyndroms C6 links könne bestätigt werden. Er empfehle ein konservatives Vorgehen mit einer Physiotherapie auf ambulanter Basis. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 10/40). Nach der Verlaufskontrolle vom 22. August 2007 hielt Dr. J.____ in seinem Bericht vom 23. August 2007 fest, es bestehe ein protrahierter Verlauf. Klinisch zeige sich nach wie vor das Bild eines sensiblen cervikoradikulären Ausfallssyndroms C6 links. Nach peroralem Prednisonstoss und intensiven physikalischen Massnahmen sei es in der Zwischenzeit zu keiner substantiellen Besserung des Zustandes gekommen. Als nächster Schritt sei eine elektrophysiologische Untersuchung und ein chirurgisches Konsilium geplant (Urk. 10/41).

Am 9. Oktober 2007 berichteten PD Dr. med. K.____, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie an der Klinik E.____, und Dr. med. L.____, Assistenzarzt, dass aufgrund der neurophysiologischen Abklärung vom 17. September 2007 eine schwere Radikulopathie nicht anzunehmen sei (vgl. Urk. 10/76: Bericht des PD Dr. med. M.____ und der Dr. med. N.____, Fachärzte Neurologie und Oberärzte an der Klinik E.____, vom 17. September 2007). Bei Ableitung der SEP seien vom Nervus ulnaris und Nervus tibialis normale Befunde ohne Hinweis auf eine Afferenz-Störung der Arme oder Beine erhältlich. Die neurographischen Befunde würden auch keine Hinweise für ein Karpaltunnel-Syndrom, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links oder eine Plexusläsion ergeben. Im EMG würden sich sodann keine Auffälligkeiten für die C5, C6 und die C7

versorgte Muskulatur links ergeben. Schliesslich wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Auffahrunfall im Oktober 2006 an chronischen Cervikobrachialgien leide. Klinisch bestehe keine eindeutige radikuläre Symptomatik und die im MRI nachgewiesene Diskushernie C5/6 paramedian links erkläre die Beschwerden des Patienten nicht (Urk. 10/43).

Am 7. November 2007 führte Dr. J. ___ aus, eine traumatisch bedingte cervikale Diskushernie könne lediglich im Rahmen von Hochrasanz-Traumen auftreten. Aus diesem Grund gehe er davon aus, dass die paramediane linksseitige Diskushernie C5/6 beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Sinne eines Vorzustandes bestanden habe. Die Beschwerden seien so im Sinne einer vorübergehenden Verschlechterung des Zustandes zu werten. Weiter führte Dr. J. ___ aus, die Kollegen der Wirbelsäulenchirurgie hielten die Diskushernie nicht als organisches Korrelat der geklagten Beschwerden und im Rahmen einer elektrophysiologischen Untersuchung habe keine eigentliche Radikulopathie nachgewiesen werden können (Urk. 10/51).

3.1.5 Im Bericht über die Kreisärztliche Untersuchung vom 22. Januar 2008 führte Dr. I. ___ aus, der Versicherte gebe vor allem nach dem stationären Aufenthalt eine Beschwerdeprogredienz an. Wie bereits von den Wirbelsäulenchirurgen festgehalten und elektrophysiologisch beschrieben, würden sich keine Hinweise für eine Radikulopathie finden. Auch heute sei die Symptomatik nicht einem Dermatome oder peripheren Nerven zuzuordnen. Die Hyposensibilität sei äusserst diffus und lediglich im Bereich der Finger III bis V akzentuiert. Sodann werde von den Ärzten der Klinik E. ___ bestätigt, dass eine auf das Unfallereignis zurückzuführende somatisch-strukturelle Läsion nicht nachzuweisen sei. Dr. I. ___ hielt weiter fest, da der Versicherte verstärkt über Schwindel klage, empfehle er eine otoneurologische Abklärung (Urk. 10/63).

3.1.6 Im Neuro-Otologie-Bericht vom 21. April 2008 des Spitals F. ___ führten Prof. Dr. med. O. ___ sowie med. pract. P. ___ aus, der Beschwerdeführer leide seit sechs Monaten unter rezidivierenden Schwankschwindel-Episoden, welche ohne begleitende Ohrsymptomatik einhergingen, gelegentlich jedoch mit Kopfschmerzen assoziiert seien. Im neuro-otologischen Status würden sich keine Auffälligkeiten zeigen. Auch die apparative Zusatzdiagnostik zeige beidseits gut und symmetrisch funktionierende Vestibularorgane ohne Hinweise auf eine zentrale oder peripher vestibuläre Störung. Betreffend der Schwindelsymptomatik stelle sich bei weitgehend blanden klinischen und apparativen Befunden der Verdacht auf eine vestibuläre Migräne. Darauf würden die bis zu zwei Stunden andauernden Schwankschwindel-Anfälle, verbunden mit Übelkeit und gelegentlich auftretenden Kopfschmerzen hindeuten. Hinweise für eine andere vestibuläre Störung würden zur Zeit nicht vorliegen. Differentialdiagnostisch sei der Schwindel als ein unspezifisches Begleitsymptom im Rahmen der chronischen HWS-Beschwerden zu interpretieren. Schliesslich wurde die Durchführung eines MRI's des Schädels zum Ausschluss zentraler Pathologien, insbesondere einer retrocochleären Raumforderung empfohlen (Urk. 10/84).

Mit der MRI-Untersuchung des Schädels vom 19. Mai 2008 konnte weder eine retrocochleäre Raumforderung noch ein Kleinhirnbrückenwinkeltumor nachgewiesen werden. Auch ein Infarkt, eine intracranielle Blutung oder mikroangiopathische Veränderungen konnten nicht gefunden werden (Urk. 10/90).

aufgelegten Vorbescheid vom 4. Mai 2010, Urk. 19/2), stand einem Fallabschluss auf den 30. September 2008 daher nichts im Wege (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008 in Sachen M., 8C_527/2008, Erw. 4.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 Erw. 3.2). Weitere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen waren somit nicht geschuldet.

E. 3.3

3.3.1.1. Zu präzisen bleibt der Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung. Sowohl die behandelnden Spezialärzte der Klinik E.____ als auch der an der Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA tätige Dr. G.____ legten in überzeugender Weise dar, dass die radiologisch festgestellten Diskopathien degenerativer Natur sind und nicht durch das versicherte Unfallereignis verursacht worden sind (Urk. 10/51 und 10/107). Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung konnte keine Radikulopathie nachgewiesen werden; das vom Rheumatologen Dr. J.____ zunächst aufgrund seiner klinischen Untersuchung postulierte sensible cervikoradikuläre Ausfallsyndrom (Urk. 10/40 und 10/41) konnte in der darauffolgenden neurologischen Abklärung mittels apparativer Methoden nicht bestätigt werden (Urk. 10/43 und 10/76). Eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes, wie sie Dr. G.____ in seiner ersten ärztlichen Stellungnahme vom 11. Oktober 2007 angenommen hatte (Urk. 10/44), kann daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (Urk. 10/107). Soweit sich der Beschwerdeführer bei seinen Einwänden auf die Ergebnisse der am 17. Dezember 2007 durchgeführten funktionellen MR-Untersuchung (fMRI) beruft, ist daran zu erinnern, dass es sich dabei um eine Untersuchungsmethode handelt, deren Beweiskraft von der Rechtsprechung nicht anerkannt ist (vgl. BGE 134 V 231). Die im Beschwerdeverfahren aufgelegten Berichte des Dr. B.____ vom 21. September 2009 (Urk. 17) sowie der Klinik H.____ vom 16. Februar 2010 (Urk. 19/1) geben zu keiner anderen Beurteilung Anlass.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den aktenkundigen medizinischen Unterlagen und den Berichten der behandelnden Ärzte geht somit hervor, dass den geklagten Beschwerden kein hinreichendes unfallbedingtes organisches Substrat mehr zugrundeliegt. Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen vermöglichen aber für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 in Sachen SUVA c. M., U 9/05, Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts vom 4. Juli 2007 in Sachen M., U 354/06, Erw. 7.2, vom 25. Juli 2007 in Sachen O., U 328/06, Erw. 5.2 sowie vom 6. Mai 2008 in Sachen V., 8C_369/2007, Erw. 3).

3.3.2.1. Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat zugrundeliegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen (was mit Blick auf die Ergebnisse der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 4. Juli 2007 [Urk. 10/36] wohl eher zu verneinen wäre), kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist - anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb mit Hinweisen) - eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma

dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände liegen entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung nicht vor. Ebensovienig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Ad quanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich deren Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008 in Sachen S., 8C_768/2007, Erw. 4.2). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer trotz der von ihm geklagten Beschwerden bereits im Sommer 2008 eine Fernreise in die Türkei unternehmen konnte (Urk. 10/62 und 10/89). Nach Austritt aus der Klinik E.____ am 3. Oktober 2007 wurden ausser einer Schmerzmedikation keine Therapien mehr durchgeführt und es fanden bloss noch Kontroll- und Abkl rungsuntersuchungen statt (vgl. Urk. 10/63 und 10/64). Bei dieser Sachlage kann jedoch nicht von einer fortgesetzten und spezifisch belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden (vgl. etwa SVR 2007 UV Nr. 26 Erw. 5.3). Eine ärztliche Fehlbehandlung ist entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung nicht ersichtlich; eine solche wird auch von Dr. med. Q.____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie FMH, nicht postuliert (Urk. 10/80). Der behandelnde Rheumatologe hielt bereits im Herbst 2007 dafür, dass der Beschwerdeführer mittelfristig wieder eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit aufnehmen könne (Urk. 10/49 und 10/57); dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass den geklagten Beschwerden kein hinreichendes organisches Korrelat zugrundelag (Urk. 10/43). Damit sind die Kriterien des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen und Beschwerden sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen nicht erfüllt.

3.4. Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mangels adäquatem Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis nicht über den 30. September 2008 hinaus leistungspflichtig. Entgegen dem Vorbringen in der Beschwerde liegt auch keine Verletzung der Begründungspflicht vor. Der Anspruch auf rechtliches Gehör verlangt nur - aber immerhin -, dass Entscheide sachgerecht angefochten werden können; hiefür muss dem Betroffenen bekannt sein, von welchen Überlegungen sich die Behörde hat leiten lassen und worauf sie ihren Entscheid stützt. Da der vorliegende Entscheid sachgerecht angefochten werden konnte, liegt somit keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor (vgl. BGE 134 I 83 Erw. 4.1 mit Hinweisen). Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Domenico Acocella
 - Rechtsanwalt Dr. Stefan Mattmann
 - Bundesamt für Gesundheit

- '____'

4. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 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 dem 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.