

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00344 vom 29. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00344](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00344)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00344 du 29 juillet 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00344 del 29 luglio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 X., geboren 1970, ist gelernter Koch und arbeitet als solcher seit Mai 1997 im Restaurant Y. das von seiner Mutter geführt wird. Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses ist er bei der SWICA Versicherungen AG (SWICA) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert.

Am 22. September 2001 erlitt X. als Autolenker einen Auffahrunfall, als er seinen Wagen anhielt, um abzubiegen, und ein nachfolgendes Auto auffuhr (Unfallmeldung UVG vom 28. September 2001, Urk. 7/1+2; Angaben des Versicherten vom 7. Januar 2002 im Unfallfragebogen UVG, Urk. 7/9; Polizeiakten in Urk. 7/13 und Urk. 7/18). Er suchte am 24. September 2001 den Hausarzt Dr. med. A., Arzt für Allgemeine Medizin, auf; dieser konstatierte eine leichte Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule, massivste Verkrampfungen im Bereich des Trapezius vor allem rechts und leichte Beschwerden der Lendenwirbelsäule, und er diagnostizierte ein Halswirbelsäulentrauma und eine leichte Lumbago. Er schrieb den Versicherten bis zum 2. Oktober 2001 zu 100 % und bis zum 24. Oktober 2001 zu 50 % arbeitsunfähig; danach attestierte er wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Arztzeugnis UVG vom 31. Oktober 2001, Urk. 7/5; Angaben von Dr. A. vom 14. November 2001 im "Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen", Urk. 7/6). Die SWICA anerkannte ihre Leistungspflicht für die Unfallfolgen (Briefe vom 11. Januar 2002, Urk. 7/10 und Urk. 7/11).

1.2 Am 26. September 2003 erstattete die Mutter von X., der die Arbeit im Restaurant Y. Ende Oktober 2001 wieder voll aufgenommen hatte, eine Rückfallmeldung und gab an, der Versicherte sei als Folge des Unfalles vom 22. September 2001 erneut arbeitsunfähig (Urk. 7/25). Die SWICA nahm ein Zeugnis von Dr. med. B., Spezialarzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, vom 3. September 2003 entgegen, in welchem der Arzt dem Versicherten für die Zeit vom 3. September bis zum 3. November 2003 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (Urk. 7/26), und holte bei Dr. B. den Bericht vom 27. Januar 2004 ein (Urk. 7/40). Anschliessend liess die SWICA durch die Z. am Arbeitsplatz des Versicherten umfassende Abklärungen vornehmen, insbesondere zur beruflichen Tätigkeit, zum Unfallhergang und zum Beschwerdenverlauf (Bericht vom 5. März 2004, Urk. 7/45; Fragebogen der SWICA, Urk. 7/42). Ausserdem erstattete Dr. B. am 13. März 2004 einen weiteren Bericht und attestierte dem Versicherten darin rückwirkend bereits ab Mai 2003 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/48).

1.2.1.1. Mit Eingabe vom 31. März 2004 (Urk. 7/54) gelangte die Rechtsvertreterin des Versicherten, Rechtsanwältin Barbara Laur, an die SWICA, reichte im Namen des Versicherten einen Bericht von Dr. A. \_\_\_ vom 5. Dezember 2002 ein (Urk. 7/53) und ersuchte um eine möglichst rasche Ausrichtung von Taggeldern und um die Vergütung der anfallenden Behandlungskosten. Die SWICA erkundigte sich daraufhin beim Krankenversicherer Q. \_\_\_ über die erbrachten Leistungen in den letzten zehn Jahren (Anfrage vom 29. April 2004, Urk. 7/60; Schreiben der Q. \_\_\_ vom 14. Mai 2004 mit Beilagen, Urk. 7/61) und ersuchte verschiedene Ärzte und medizinische Institutionen ebenfalls um Angaben zum Vorzustand (Urk. 7/62, Urk. 7/73-74, Urk. 7/75, Urk. 7/78, Urk. 7/86-89). Des Weiteren zog sie die Akten zum entstandenen Schaden am Wagen bei, den der Versicherte gelenkt hatte (Urk. 7/66), und nahm nochmals einen Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 11. August 2004 entgegen (Urk. 7/85).

1.2.1.2. Am 14. Oktober 2004 erstellte das C. \_\_\_ im Auftrag der SWICA ein multidisziplinäres Gutachten (Gesamtgutachten unter der Fallführung von Dr. med. D. \_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_, Innere Medizin, mit einem neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. med. F. \_\_\_, Neurologie, und einem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G. \_\_\_, Psychiatrie, je vom 24. August 2004, Urk. 7/102).

1.3. X. \_\_\_ hatte sich im März 2004 auch bei der Invalidenversicherung angemeldet (vgl. Urk. 7/129).

1.3.1. Mit Schreiben vom 10. Januar 2005 teilte die SWICA dem Versicherten mit, dass sie ihm gestützt auf das Gutachten des C. \_\_\_ nachträglich Unfalltaggelder auf der Basis der Hälfte einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausrichten werde und dass sie die Taggelder und Heilungskostenübernahme per Ende 2004 einzustellen und ihm ab dem 1. Januar 2005 eine Rente aufgrund einer 13%igen Invalidität sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund eines Integritätschadens von 5 % zu gewähren gedenke (Urk. 7/108). Der Versicherte liess mit Eingabe vom 16. Februar 2005 Einwendungen erheben (Urk. 7/114) und liess insbesondere darauf hinweisen, dass die Invalidenversicherung noch nicht über die beantragte Umschulung entschieden habe, weshalb ihm eine sogenannte Übergangsrente aufgrund des gegenwärtig erzielten Einkommens im Restaurant Y. \_\_\_ zustehe (Urk. 7/114 S. 5). Mit Verfügung vom 30. März 2005 sprach die SWICA dem Versicherten daraufhin ab dem 1. Januar 2005 eine solche Übergangsrente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % zu, gewährte ihm eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % und erklärte sich ausserdem bereit, den Taggeldern für die Zeit vom 27. Oktober bis zum 31. Dezember 2004, die aufgrund einer 12,5%igen Arbeitsunfähigkeit berechnet worden seien, eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit zugrunde zu legen und eine entsprechende Nachzahlung zu leisten (Urk. 7/117). Diese Verfügung blieb unangefochten.

1.3.2. Ab dem 1. Januar 2005 bezog X. \_\_\_ für seine Tätigkeit als Koch im Restaurant Y. \_\_\_ wieder den Lohn eines Pensums von 75 %, nachdem er im Jahr 2004 nur den halben Lohn erhalten hatte (Schreiben der Rechtsvertreterin vom 6. Januar 2006 mit den beigelegten Lohnabrechnungen, Urk. 7/138).

1.4. In der Folge führte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, Berufsberatungsgespräche durch (vgl. die Protokoll-Auszüge in Urk. 7/131) und erliess anschliessend die Verfügung vom 25. November 2005 mit dem

Bescheid, das Begehren des Versicherten um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da er zur Zeit gar keine beruflichen Massnahmen wÃ¼nsche (Urk. 7/129).

Â Â Â Â Â Â Â Â Nach Kenntnisnahme dieser VerfÃ¼gung ging die SWICA daran, den Anspruch des Versicherten auf eine ordentliche Rente zu prÃ¼fen (Schreiben vom 23. Dezember 2005, Urk. 7/137), und teilte ihm mit Schreiben vom 6. Februar 2006 mit, dass sie seinen Anspruch auf eine (weitere) Rente zu verneinen gedenke, da sein InvaliditÃ¤tsgrad nur 2,17 % betrage (Urk. 7/144). Ferner ergÃ¤nzte die SWICA mit Schreiben vom 6. April 2006, dass die Auszahlung der Ã¼bergangsrente eingestellt werde (Urk. 7/151). Der Versicherte liess mit Eingabe vom 15. September 2006 Einwendungen erheben (Urk. 7/168) und namentlich ein Zeugnis von Dr. B.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2006 (Urk. 7/167), einen Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt fÃ¼r Neurologie, vom 12. April 2006 (Urk. 7/166) und einen Bericht des J.\_\_\_\_, med. pract. K.\_\_\_\_ und Dr. phil. L.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe, vom 25. Mai 2006 (Urk. 7/165) einreichen. Mit VerfÃ¼gung vom 20. November 2006 entschied die SWICA daraufhin im angekÃ¼ndigten Sinn und verneinte den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 7/174).

Â Â Â Â Â Â Â Â Der Versicherte liess mit Eingabe vom 3. Januar 2007 Einsprache erheben und die Ausrichtung einer Rente beziehungsweise von Taggeldern auf der Basis einer mindestens 50%igen ArbeitsunfÃ¤higkeit beantragen (Urk. 7/179). Die SWICA schlug daraufhin die DurchfÃ¼hrung einer neuen multidisziplinÃ¤ren Begutachtung vor (Schreiben vom 8. MÃ¤rz 2007, Urk. 7/182). In der Folge korrespondierten die Parteien Ã¼ber die Wahl der Begutachtungsstelle und die Fragestellung, und die SWICA holte die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. Mai und vom 29. Dezember 2007 ein (Urk. 7/191 und Urk. 7/201). Des Weiteren nahm sie einen Bericht des M.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2007 mit den Ergebnissen einer sogenannten funktionellen Magnetresonanztomographie (fmri; Urk. 7/205) und einen Bericht hierzu von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2007 (Urk. 7/204) zu den Akten.

1.5Â Â Â Â Nachdem sich die Parteien auf die MEDAS N.\_\_\_\_ als Begutachtungsstelle geeinigt hatten, erstellte diese das Gutachten vom 22. Dezember 2008 (Gesamtgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_, Urk. 7/214/1) einschliesslich verschiedener Teilgutachten (Konsiliarbericht von Dr. med. R.\_\_\_\_, Spezialarzt fÃ¼r Rheumatologie, Urk. 7/214/2; Konsiliarbericht von Dr. med. S.\_\_\_\_, SpezialÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie, vom 2. Oktober 2008, Urk. 7/214/3; Konsiliarbericht von lic. phil. T.\_\_\_\_, Fachpsychologin fÃ¼r Neuropsychologie, und lic. phil. U.\_\_\_\_, Neuropsychologin, vom 10. September 2008, Urk. 7/214/4; Konsiliarbericht von Dr. med. V.\_\_\_\_, Spezialarzt fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. September 2008, Urk. 7/214/5; Aufzeichnungen des Versicherten sowie verschiedene Unterlagen zu den durchgefÃ¼hrten Tests in Urk. 7/214/6-10). Ausserdem beantwortete die MEDAS am 16. Februar 2009 (Urk. 7/225) die ErgÃ¤nzungsfragen der SWICA vom 2. Februar 2009 (Urk. 7/219).

Â Â Â Â Â Â Â Â GestÃ¼tzt auf eine Empfehlung im Gutachten der MEDAS meldete Dr. B.\_\_\_\_ den Versicherten mit Bericht vom 27. Februar 2009 in der Rehaklinik W.\_\_\_\_ zur stationÃ¤ren Rehabilitation an (Urk. 7/231), und dieser hielt sich dort vom 18. MÃ¤rz bis am 15. April 2009 auf (Austrittsbericht vom 24. Juli 2009, Urk. 7/250).

Â Â Â Â Â Â Â Â In der Folge wies die SWICA die Einsprache gegen die VerfÃ¼gung vom 20. November 2006 mit Entscheid vom 18. August 2009 ab und stellte sich nunmehr auf den Standpunkt, ein allfÃ¤lliger natÃ¼rlicher Kausalzusammenhang zwischen den



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).

## E. 2.3

2.3.1.1 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).

2.3.2.1 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst 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).

2.3.3.1 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale

beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene

Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.3.4 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 Rechtssprechung 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 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 Erwerbsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtssprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der



2004, U 331/03, Erw. 3.1.2, je mit Hinweisen). In diesen Fällen sind in die Adäquanzkriterien für denjenigen Teil des Beschwerdebildes, der Ausdruck einer selbständigen psychischen Gesundheits-schädigung ist, die gesamten Auswirkungen des anderen Teils des Beschwerde-bildes - des sogenannten Schleudertraumas - einzubeziehen und nicht nur die objektivierbaren strukturellen Befunde (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen J. vom 31. Mai 2006, U 238/05, Erw. 4.3.2).

2.4.4.4. Ist die Unfallkausalität eines bestimmten Gesundheitsschadens einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, währenddem die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen nicht genügt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 Erw. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b).

2.5.4.4. Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheits-bild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

4.4.4.4. Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfall-ereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

## E. 2.6

2.6.1.4. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, wobei mit dem



der als massivst bezeichneten Verkrampfungen im Schultergürtel, leuchtet diese Diagnose ein. Zudem ist plausibel, dass Dr. A. \_\_\_ auch die als leicht bezeichneten Beschwerden in der Lendenwirbelsäule (Urk. 7/5 und Urk. 7/6 S. 3) auf den Unfall zurückführte. Dieses Symptom figuriert nämlich, immerhin mit einer prozentualen Häufigkeit von 25 % beziehungsweise 38 %, ebenfalls im Katalog der Beschwerden, die nach den medizinischen Lehrmeinungen eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule in der ersten Phase kennzeichnen (vgl. Strebel et al., Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma [sog. Schleudertrauma], Empfehlungen einer schweizerischen Arbeitsgruppe, in: Schweizerisches Medizin-Forum, Nr. 47, 20. November 2002, S. 1120). Die Beschwerdegegnerin hat somit ihre Leistungspflicht für die Heilbehandlung und den Erwerbsausfall, der dem Beschwerdeführer aufgrund der attestierten Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 22. September bis zum 24. Oktober 2001 entstand, richtigerweise anerkannt.

3.3.3.3. Nach dieser Zeit fanden erst ab September 2003 wieder Kontakte zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin statt, als sich der Beschwerdeführer mit Unfallmeldung beziehungsweise Rückfallmeldung vom 26. September 2003 erneut bei ihr bemerkbar machte (Urk. 7/25). Es stellt sich demnach die Frage, ob immer noch der Grundfall vorliegt und die Beschwerdegegnerin die Beweislast für das Wegfallen der Unfallkosten trägt oder ob ein allfälliger Rückfall oder allfällige Spätfolgen zur Diskussion stehen und die Beweislast beim Beschwerdeführer liegt. Entscheidend hierfür ist, ob die Beschwerden kontinuierlich fortbestanden hatten oder ob sie abgeklungen waren und erst im Jahr 2003 erneut auftraten.

Der Beschwerdeführer brachte in einem Schreiben an die SWICA vom 23. September 2003 vor, er sei seit dem Unfall 2001 in ständiger ärztlicher Behandlung und sei seit dem 3. September 2003 erneut nur noch zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 7/29). Gegenüber der Z. \_\_\_ präsentierte der Beschwerde-führer gemäss dem Bericht vom 5. März 2004, er habe zwar während des ganzen Jahres 2002 Beschwerden am Rücken und im Nacken gehabt, habe jedoch in diesem Jahr seinen Hausarzt Dr. A. \_\_\_ nicht mehr aufgesucht, weil dieser ihm keinen wirksamen Behandlungsvorschlag machen könne (Urk. 7/45 S. 4). In Übereinstimmung mit dieser letzten Aussage legte Dr. A. \_\_\_ im Bericht vom 5. Dezember 2002 (Urk. 7/53) dar, die letzte Konsultation wegen der unmittelbar unfallbedingten Beschwerden habe am 18. Dezember 2001 stattgefunden. Danach habe er den Beschwerdeführer bis zum 15. August 2002 nicht mehr gesehen; damals habe sich dieser wegen einer Verletzung im Bereich der linken Leiste gemeldet. Erst am 3. Dezember 2002 sei der Beschwerdeführer dann wieder in seiner Sprechstunde gewesen und habe über Schmerzen im Bereich des Nackens, der Brustwirbelsäule und der Halswirbelsäule geklagt, die vor allem am Morgen beim Anlaufen sowie in Abhängigkeit von seiner beruflichen Tätigkeit im Gastgewerbe verstärkt auftraten. Zudem tat Dr. A. \_\_\_ dar, bei der Konsultation vom Dezember 2001 habe der Beschwerdeführer nur noch über leichte Nackenbeschwerden geklagt. Schliesslich steht aufgrund der Angaben in den besagten Berichten der Z. \_\_\_ und von Dr. A. \_\_\_ auch fest, dass der Beschwerdeführer während des ganzen Jahres 2002 voll gearbeitet hatte (Urk. 7/45 S. 4, Urk. 7/53) - die Angaben im Gutachten des C. \_\_\_ vom 14. Oktober 2004, die Reduktion des Pensums auf 50 % wegen reduzierter Leistungsfähigkeit habe bereits im Frühjahr 2002 stattgefunden (Urk. 7/102 S. 7), leuchten nicht ein

angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer im August 2002 gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ nur die Verletzung in der linken Leiste erwähnt und um kein Arbeitsunfähigkeitsattest ersucht hatte. Der Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ nannte in seinem Teilgutachten denn auch abweichend ein volles Pensum bis im Mai 2003 (vgl. Urk. 7/102 S. 14).

Unter diesen Umständen sind die im September 2003 gemeldeten Beschwerden unter dem Titel eines allfälligen Rückfalls zu beurteilen. Es mag zwar zutreffen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit zwischen Dezember 2001 und Dezember 2002 nicht vollständig schmerzfrei war, ein mehr oder weniger durchgehendes Beschwerdebild mit kontinuierlicher Behandlungsbedürftigkeit ist in den Akten jedoch nicht dokumentiert; insbesondere hatte Dr. B.\_\_\_\_ die Behandlung des Beschwerdeführers gemäss seinem Bericht vom 27. Januar 2004 erst am 2. Juni 2003 aufgenommen (Urk. 7/40). Damit trägt der Beschwerdeführer die Beweislast dafür, dass die im Jahr 2003 gemeldeten Beschwerden wiederum auf den Unfall vom 22. September 2001 zurückzuführen werden können.

3.4 Die Beschwerdegegnerin anerkannte dies, übernahm bis Ende 2004 wieder die Heilungskosten und die Entschädigung für den Erwerbsausfall durch Taggelder, richtete ab dem 1. Januar 2005 eine Übergangsrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 25 % aus und gewährte dem Beschwerdeführer zudem eine Integritätsentschädigung von 10 % (vgl. Urk. 7/108 und Urk. 7/117).

Für einen natürlichen Kausalzusammenhang - mindestens im Sinne einer Teilkausalität - zwischen den neu gemeldeten, verstärkten Beschwerden und dem Unfall vom 22. September 2001 sprachen sich auch die medizinischen Fachpersonen aus, die seit der neuen Anmeldung des Jahres 2003 mit dem Beschwerdeführer befasst waren. Dr. B.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 27. Januar 2004 fest, hinsichtlich der Halswirbelsäulendistorsion lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor, und liess nur die Frage nach der Unfallkausalität des lumbovertebralen Syndroms offen, weil dort eine vorbestandene Spondylo-listhesis auf der Höhe L5/S1 konstatiert wurde (Urk. 7/40). In den späteren Berichten vom 13. März und vom 11. August 2004 wich Dr. B.\_\_\_\_ von dieser Beurteilung nicht ab und wies zudem auf neuropsychologische Defizite in Form von erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche und verminderter intellektueller Leistungsfähigkeit hin (Urk. 7/48, Urk. 7/85). Die Gutachter des C.\_\_\_\_ gelangten schliesslich gleichermassen zur Auffassung, das bestehende Zervikalsyndrom sei überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen, und verneinten eine Unfallkausalität nur hinsichtlich des Lumbovertebralsyndroms und hinsichtlich der festgestellten, als leicht bezeichneten kognitiven Einbussen (Urk. 7/102 S. 17 und S. 20).

Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Unfallmeldung beziehungsweise Rückfallmeldung vom 26. September 2003 zunächst wieder Leistungen erbrachte. Die entsprechende Verfügung vom 30. März 2005 (Urk. 7/117) erwuchs denn auch in Rechtskraft.

### E. 3.5

3.5.1 Dort, wo eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle diagnostiziert ist, sind allerdings die nach dem Ablauf einer gewissen Zeit weiterbestehenden Beschwerden in Anwendung der dargelegten, in BGE 134 V 109 ff. präzisierten Kriterien auf ihre Unfalladäquanz hin zu überprüfen. Ist diese Unfalladäquanz zu verneinen, so hat die Leistungseinstellung

ungeachtet dessen zu erfolgen, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den persistierenden Beschwerden und dem Unfall weiterhin gegeben ist.

3.5.2.2 Organisch nachweisbare Funktionsausfälle im Sinne der dargelegten Rechtsprechung konnten nicht festgestellt werden.

Schon die Röntgenaufnahme, die Dr. A. \_\_\_ bei der Erstuntersuchung vom September 2001 angefertigt hatte, hatte ausser einer Steifhaltung der Halswirbelsäule nichts Auffälliges ergeben (Urk. 7/5). Auch Dr. B. \_\_\_ beschrieb einen unauffälligen Röntgenbefund in Bezug auf die Halswirbelsäule, und in Bezug auf die Lendenwirbelsäule nannte er nur den unfallfremden Befund der Spondylolisthesis (Urk. 7/48 S. 2, Urk. 7/85 S. 1). Die späteren bildgebenden Verfahren machten ebenfalls nichts sichtbar, was klar als unfallkausale strukturelle Veränderung hätte interpretiert werden müssen. Zwar zeigte die fmri-Aufnahme vom Januar/Februar 2007 beidseitige Läsionen der Ligamenta alaria und des Ligamentum transversum atlantis (Urk. 7/205 und Urk. 7/204); die MEDAS-Gutachter wiesen im Gesamtgutachten und im rheumatologischen Konsiliarbericht jedoch darauf hin, dass die Aussagekraft dieses bildgebenden Verfahrens nach dem gegenwärtigen Wissenstand noch umstritten sei (Urk. 7/214/1 S. 25, Urk. 7/214/2 S. 10 f.).

In neurologischer Hinsicht liessen sich ebenfalls keine Ausfälle finden, die auf eine strukturelle Nervenschädigung hinwiesen. Dr. A. \_\_\_ hatte bei der Erstuntersuchung einen normalen Befund erhoben (Urk. 7/5), Dr. F. \_\_\_ als Neurologe des C. \_\_\_ vermochte weder radikuläre noch spinale Funktionsstörungen festzustellen (Urk. 7/102 S. 13), gleichermassen fand Dr. H. \_\_\_ im April 2006 keine neurologischen Ausfälle (Urk. 7/166 S. 2), und auch die Verfasserin des neurologischen Teilberichts der MEDAS konnte keine neurologischen Defizite nachweisen (Urk. 7/214/3 S. 4).

Wenn die Gutachter des C. \_\_\_ schliesslich bei der Frage nach der Objektivierbarkeit der subjektiv geklagten Beschwerden die klinischen Befunde des eingeschränkten Bewegungsumfanges der Halswirbelsäule und die leichte Tendomyose der nuchalen Muskulatur erwähnten (Urk. 7/102 S. 19), so handelt es sich hierbei um von der Muskulatur herrührende Befunde, und diesen braucht kein oder nur ein sehr unspezifisches pathologisch-anatomisches Substrat zugrunde zu liegen (vgl. Ettl/Kaesler, Muskelverspannungen, Ätiologie, Diagnostik und Therapie, Stuttgart/New York 1998, S. 13 und S. 21).

3.5.3.3 Damit ist die adäquate Unfallkausalität der fortbestehenden Beschwerden nicht ohne Weiteres deckungsgleich mit deren natürlicher Unfallkausalität, sondern die Adäquananzprüfung hat nach den von der Rechtsprechung entwickelten besonderen Kriterien zu erfolgen.

3.6 Die höchststrichterliche Rechtsprechung hat die Wendung der "gewissen Zeit nach dem Unfall", nach der sich bei einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle die Frage der Adäquananz stellt, dahingehend präzisiert, dass die Adäquananz erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen sei (Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, in Sachen B. vom 29. März 2010, 8C\_799/2009, Erw. 5 mit Hinweisen, unter anderem auf BGE 134 V 109).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieser Abschluss war im Zeitpunkt der Begutachtung des Beschwerdeführers durch das C.\_\_\_\_ vom 24. August 2004 (vgl. Urk. 7/102 S. 1) erfolgt, denn die Gutachter hielten einleuchtend fest, der Residualzustand aufgrund der erlittenen Halswirbelsäulendistorsion bedürfte nur noch gelegentlicher physiotherapeutischer Massnahmen und einer in Eigenregie durchzuführenden muskulären Trainingstherapie zur Stabilisierung des Zustandes, und im Falle von Beschwerdeexazerbationen könnten sporadisch/intermittierend osteopathische Behandlungen erforderlich sein; eine Zustandsverbesserung sei hingegen von weiteren Massnahmen nicht mehr zu erwarten (Urk. 7/102 S. 18 und S. 21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Einstellung der Taggelder und der Heilungskostenübernahme per Ende 2004, wie die Beschwerdegegnerin sie am 30. März 2005 verfügt hatte (Urk. 7/117), ist somit plausibel. Damit wäre Ende 2004 der Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung gegeben gewesen. Die Beschwerdegegnerin hatte indessen die Frage der Adäquanz beim Erlass der Verfügung vom 30. März 2005 nicht aufgeworfen. Dies scheint damit zusammenzuführen, dass sie dem Beschwerdeführer mit dieser Verfügung ab dem 1. Januar 2005 (vorerst) eine Übergangsrente gestützt auf Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV zugesprochen hatte. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung schiebt indessen die Zuspriechung einer solchen Übergangsrente den Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung nicht hinaus (Urteile des Bundesgerichts in Sachen M. vom 29. Juli 2010, 8C\_310/2010, Erw. 5, und in Sachen N. vom 1. April 2009, 8C\_304/2008, Erw. 3.1.2). Wenn die Beschwerdegegnerin daher die Adäquanz erst prüfte (vgl. Urk. 2 S. 4 f.), nachdem der Entscheid über Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung gefallen (vgl. Urk. 7/129) und somit gestützt auf Art. 19 Abs. 1 und Abs. 3 UVG sowie auf Art. 30 Abs. 1 lit. b und c UVV der Anspruch auf eine definitive Invalidenrente zu prüfen war (vgl. das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 23. Dezember 2005, Urk. 7/137), so widerspricht dies der dargelegten Rechtsprechung.

3.7 Ä Ä Ä Ä Da die Verfügung vom 30. März 2005 (Urk. 7/117) indessen rechtskräftig geworden war, kann die Adäquanzfrage nicht rückwirkend für die Zeit ab dem 1. Januar 2005 neu gestellt werden. Hingegen ist zu prüfen, ob nach dem Erlass dieser Verfügung bis zum Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom 20. November 2006 (Urk. 7/174) beziehungsweise bis zum Erlass des bestreitenden angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. August 2009 (Urk. 2) eine Änderung in den Verhältnissen eingetreten ist, welche eine Rentenaufhebung rechtfertigt (zu einem vergleichbaren Sachverhalt: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen J. vom 6. November 2001, U 63/01, Erw. 2 und 3).

### E. 3.8

3.8.1 Ä Ä Eine Änderung besteht bereits in der Tatsache, dass am 25. November 2005 der negative Entscheid der Invalidenversicherung über die Durchführung von beruflichen Massnahmen erging (Urk. 7/129), was nach den vorstehenden Erwägungen eine neue Invaliditätsbemessung erforderte. Eine neue Adäquanzbeurteilung war durch diese Änderung allerdings nicht gerechtfertigt. Wie zu zeigen ist, entwickelte sich jedoch der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Anschluss an die Verfügung vom 30. März 2005 in der Weise, dass sich eine selbständige psychische Problematik herausbildete, und damit wurde eine neue Adäquanzbeurteilung nötig.

3.8.2.2. Die Gutachter des C.\_\_\_\_ fÄ¼hrten am 14. Oktober 2004 aus, beim Beschwerde-fÄ¼hrer bestehe nur noch ein Residualzustand der HalswirbelsÄ¼lendistorsions-verletzung (Urk. 7/102 S. 18 und S. 19). Dabei konstatierten sie wohl eine - im Umfang allerdings nicht konstante - BeweglichkeitseinschrÄ¼nkung der Hals-wirbelsÄ¼ule, jedoch sowohl im Bereich der Hals- als auch der LendenwirbelsÄ¼ule nur leichte Tendomyosen (Urk. 7/102 S. 10 und S. 13). Des Weiteren konnten die C.\_\_\_\_-Gutachter in neuropsychologischer Hinsicht nur eine leichtgradige BeeintrÄ¼chtigung feststellen, abgesehen von einer deutlichen Leistungseinbusse im SprachverstÄ¼ndnis, aus der sie indessen keine sicheren pathogenetischen SchlÄ¼sse zu ziehen vermochten (Urk. 7/102 S. 11 f. und S. 13). Schliesslich waren bei der psychiatrischen Teilbegutachtung keine psychopathologischen Symptome feststellbar, und dementsprechend wurde keine psychiatrische Diagnose gestellt (Urk. 7/102 S. 15). Die Beurteilung im Gutachten des C.\_\_\_\_, von Seiten der HalswirbelsÄ¼ule bestÄ¼nden nur noch Restbeschwerden und es lÄ¼gen - abgesehen von den fraglich unfallkausalen, jedoch ebenfalls leichtgradigen Befunden in der LendenwirbelsÄ¼ule (vgl. Urk. 7/102 S. 19, S. 20 und S. 22. f.) - keine weiteren pathologischen Befunde vor, leuchtet somit ein. Der BeschwerdefÄ¼hrer erhÄ¼lhte denn sein offizielles Arbeitspensum als Koch per 1. Januar 2005 auch wieder auf 75 %, dies in Ä¼bereinstimmung mit der ArbeitsfÄ¼higkeitsbeurteilung der C.\_\_\_\_-Gutachter (vgl. Urk. 7/102 S. 17 ff.). Einleuchtend ist diese Beurteilung zudem deshalb, weil der BeschwerdefÄ¼hrer gegenÄ¼ber den C.\_\_\_\_-Gutachtern zwar ausfÄ¼hrte, sein Pensum betrage seit dem Jahr 2003 nur 50 %, umgekehrt jedoch angab, er sei der einzige Koch und koche allein fÄ¼r das Restaurant mit 50 Innen- und 60 AussenplÄ¼tzen (Urk. 7/102 S. 5 und S. 15), dies im Gegensatz zu den VerhÄ¼ltnissen zur Zeit der AbklÄ¼rungen durch die Z.\_\_\_\_ vom MÄ¼rz 2004, als der BeschwerdefÄ¼hrer dargetan hatte, er koche nur noch am Mittag, wÄ¼hrenddem fÄ¼r den Abend ein zweiter Koch angestellt worden sei (Urk. 7/45 S. 2; vgl. auch den Arbeitsplatzbeschrieb im Anhang zu Urk. 7/45).

3.8.3.2. Im Bericht des J.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2006 ist dann erstmals die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode erwÄ¼hnt (Code F32.1 der Internationalen Klassifikation psychischer StÄ¼rungen der Welt-gesundheitsorganisation, ICD-10; Urk. 7/165 S. 1). DemgegenÄ¼ber bezeichnete der MEDAS-Psychiater Dr. V.\_\_\_\_ den klinisch-psychopathologischen Status im engeren Sinn als unauffÄ¼llig (Urk. 7/214/5 S. 7), und er diagnostizierte nur noch eine leichte depressive Episode, mÄ¼glicherweise rezidivierend im Rahmen einer Dysthymie (ICD-10 Code F34.1; Urk. 7/214/5 S. 12). Er hielt sodann fest, dass die vorhandenen psychischen Symptome im weiteren Sinn - wie leichte depressive Verstimmungen, SchlafstÄ¼rungen, sozialer RÄ¼ckzug, IrritabilitÄ¼t und Leistungsschwankungen im Bereich von Aufmerksamkeit, Konzentration und GedÄ¼chtnis - als Teil des typischen Gesamtbeschwerdebildes einer Halswirbel-sÄ¼lendistorsion qualifiziert werden kÄ¼nnten, dass sie jedoch nicht in einem Ausmass gegeben seien, welches fÄ¼r die ArbeitsfÄ¼higkeit von Belang sei (Urk. 7/214/5 S. 15 und S. 16; vgl. auch die neuropsychologische Konsiliarbeurteilung in Urk. 7/214/4). Dr. V.\_\_\_\_ gelangte aber weiter zur EinschÄ¼tzung, beim BeschwerdefÄ¼hrer stehe prominent ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Vordergrund, das nicht umfassend-hinlÄ¼nglich objektivierbar sei durch somatische Korrelate und eine relevante psycho-somatische Verarbeitungsdimension ausweise, und er stellte die Diagnose einer somatoformen SchmerzstÄ¼rung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren als auch einem medizinischen Krankheitsfaktor (Diagnostisches und Statistisches Manual

Psychischer Störungen, DSM-IV 307.89 = ICD-10 Code F45.4; Urk. 7/214/5 S. 16).

Die Einschätzung ist kongruent mit den Beurteilungen der Kollegen der organischen Fachrichtungen, auf die Dr. V. verwies. So registrierte Dr. R. bei der rheumatologischen Abklärung hauptsächlich einen Weichteilbefund im Sinne eines myofaszialen Reizzustands der gesamten Nacken-Schulterpartie (Urk. 7/214/2 S. 9 und S. 11), und Dr. S. fand zudem nur geringe Myogelosen zervikal und lumbal, sodass sie ausföhrte, insgesamt könne von einem möglicherweise etwas wechselnd vorhandenen Panvertebral-Syndrom ausgegangen werden, wobei die objektiven Befunde zu den angegebenen Beschwerden etwas differierten und deshalb das psychiatrische Teilgutachten als sehr wichtig erscheine (Urk. 7/214/3 S. 4).

Dr. V. föhrte sodann erläutend aus, es habe keine eigenständige psychische Störung das klinische Bild von Anfang an beherrscht und die somatischen Beschwerden in den Hintergrund treten lassen (Urk. 7/214/5 S. 15; vgl. auch Urk. 7/214/1 S. 30 zu Frage 6). Hingegen kam er zum Schluss, beim Beschwerdeföhrer bestehe ein iatrogen unterstütztes Leidenskonzept, nach dem er Opfer einer unfallbedingten, primär gravierenden HWS-nahen Pathologie sei und im Bereich der Halswirbelsäule eine invalidisierend schwere Verletzung von Strukturen des Bewegungsapparates und Nervensystems erlitten habe. Dies wirke sich zusammen mit der vorbestehenden, für sich genommen nicht krankheitswertigen psychodynamischen Verarbeitungsdisposition im Sinne einer verstärkt nachteiligen Schmerzverarbeitung und Chronifizierungsneigung aus (Urk. 7/214/5 S. 15 und S. 16). Der nachteilige Wandel habe sich nicht brösk, sondern über eine längere Zeitperiode, etwa ab 2004, hinweg vollzogen (Urk. 7/214/5 S. 13). Diese Ausführungen deuten darauf hin, dass beim Beschwerdeföhrer zwar nicht in der ganzen Zeit seit dem Unfall eine alles dominierende psychische Problematik bestand, dass sich aber im Lauf der Zeit eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung herausbildete, die sich vom organisch-psychischen Beschwerdebild einer Halswirbeldistorsion zunehmend löste. Auf den ersten Blick im Widerspruch dazu steht zwar, dass die Gesamtgutachter festhielten, die psychische Störung gehöre als Teilsymptomatik zum ganzen posttraumatischen Beschwerdekomples (Urk. 7/214/1 S. 30 zu Frage 6 und S. 34 zu den Fragen 4.2 und 4.4). Sie legten aber auch dar, die physischen Beschwerden, also die körperlichen Unfallfolgen, seien zuerst dagewesen, und im Verlauf der chronischen Schmerzen seien auch die psychischen Störungen, das heisst die Depression und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, langsam entstanden (Urk. 7/214/1 S. 34). Dies spricht für eine verselbständigte psychische Problematik im Sinne der dargelegten Rechtsprechung. Sie ergibt sich im übrigen auch aus der Sachverhaltsdarstellung des Rheumatologen Dr. R., der in seinem Konsiliarbericht anhand subjektiver Angaben des Beschwerdeföhrers ausföhrte, dieser sei etwa zwei Jahre nach dem Unfall zunehmend psychisch dekomponiert (Urk. 7/214/2 S. 2).

3.8.4 Zusammengefasst hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeföhrers somit im Anschluss an die rentenzusprechende Verfügung vom 30. März 2005 dahingehend verändert, dass zunehmend eine verselbständigte psychische Problematik dominierte und für das geklagte Schmerzbild verantwortlich war, währenddem in Bezug auf die Halswirbeldistorsion nur noch ein Residualzustand gegeben war. Aufgrund dieser Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen war eine Neubeurteilung der Adäquanzfrage zulässig, und der Zeitpunkt dieser Neubeurteilung per Ende April 2006,

als die Beschwerde-gegnerin die Rente des Beschwerdeführers aufhob, erscheint aufgrund des dargelegten gesundheitlichen Verlaufs als angemessen.

Die Adäquanzbeurteilung zu diesem Zeitpunkt hat nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall und nicht nach den spezifischen Kriterien zu erfolgen, wie sie die Rechtsprechung für die Folgen von Distorsionsverletzungen der Halswirbelsäule aufgestellt hat. Dass die Gutachter das Vorliegen einer Fehlentwicklung explizit verneinten (Urk. 7/214/1 S. 34 zur Frage 4.2), ändert daran nichts, da die höchststrichterliche Rechtsprechung diesen Begriff nicht in einem streng medizinischen Sinn versteht, sondern ihn zur Abgrenzung der massgebenden Adäquanzkriterien verwendet.

### E. 3.9

3.9.1 Was die Unfallschwere betrifft, so stuft die höchststrichterliche Rechtsprechung einfache Auffahrunfälle regelmässig als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ein (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen L. vom 23. Februar 2010, 8C\_692/2009, Erw. 5 mit Hinweisen). Von dieser Einstufung ist vorliegendenfalls nicht abzuweichen, da sich das Auto des Beschwerdeführers bei der Kollision im Stillstand befand (vgl. Urk. 7/9 S. 1). Damit sind in die Beurteilung der Unfalladäquanz die von der Rechtsprechung aufgestellten Zusatzkriterien einzubeziehen. Dabei sind lediglich die durch die Distorsionsverletzung im engeren Sinn begründeten Beeinträchtigungen massgebend.

3.9.2 Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Ein-drücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden, und der Beschwerde-führer lässt dies auch nicht geltend machen.

Sodann stuft die höchststrichterliche Rechtsprechung die Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule für sich allein noch nicht als Verletzung besonderer Art im Sinne des entsprechenden weiteren Adäquanzkriteriums ein, sondern es bedarf hierfür besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 Erw. 5.2.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts in Sachen F. vom 28. Dezember 2007 8C\_491/2007, Erw. 4.2.2 mit Hinweisen). Solche Umstände sind ebenfalls nicht ersichtlich.

Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung liegt ebenfalls nicht vor, soweit sie die Distorsionsverletzung betrifft. Wie oben dargelegt, sind für das Jahr 2002 überhaupt keine Behandlungen nachgewiesen, und Dr. B., den der Beschwerdeführer erstmals im Juni 2003 aufsuchte, verordnete nur Osteopathie und medizinische Kräftigungstherapie (Urk. 7/40 S. 2, Urk. 7/48 S. 2, Urk. 7/85 S. 2); später wurden zusätzlich noch Kraniosakraltherapie, Alexandertechnik und Massage durchgeführt (vgl. Urk. 7/191 S. 2). An Hospitalisationen ist einzig der einmonatige Aufenthalt in der Rehaklinik W. vom März/April 2009 verzeichnet (Urk. 7/250), der zudem in den Zeitraum nach der Adäquanzprüfung fällt. Ebenso wenig kann in Bezug auf die Distorsionsverletzung von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Auch kann nicht gesagt werden, es liege eine ärztliche Fehlbehandlung vor; der Umstand, dass Dr. V. das Leidenskonzept des Beschwerdeführers als iatrogen mitgeprägt bezeichnete (Urk. 7/214/5 S. 15 und S. 16) und damit den getroffenen ärztlichen Vorkehrungen einen (ungünstigen) Einfluss zuschrieb, weist nicht auf eigentliche Behandlungsfehler hin.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zweifellos leidet der Beschwerdeführer hingegen an körperlichen Dauer-schmerzen; deren Ursache lag jedoch im Zeitverlauf zunehmend in der verselbständigten psychischen Problematik der somatoformen Schmerzstörung. Das entsprechende Kriterium ist somit zwar gegeben, jedoch nur in massiger Ausprägung. Das Gleiche gilt für den Grad und die Dauer der durch die eigentliche Distorsionsverletzung verursachten Arbeitsunfähigkeit. So wies der Beschwerdeführer für das Jahr 2002 nach einer initialen Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 2. Oktober und von 50 % bis zum 24. Oktober 2001 (vgl. Urk. 7/5) keine attestierte Arbeitsunfähigkeit mehr auf bis im Mai 2003, die Gutachter des C. \_\_\_ nahmen danach eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % an (Urk. 7/102 S. 22), und die MEDAS-Gutachter gelangten ohne Berücksichtigung der verselbständigten psychischen Problematik zur selben Einschätzung (vgl. Urk. 7/214/1 S. 31 zu Frage 10.1, Urk. 7/225).

3.9.3 Ä Ä Damit sind lediglich zwei der sieben massgebenden Adäquanzkriterien in höchstens massiger Ausprägung erfüllt. Die Adäquanz des allenfalls noch natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem ab Mai 2006 fortbestehenden Beschwerdebild und dem Unfall vom 22. September 2001 ist daher nicht mehr gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab Mai 2006 daher zu Recht verneint.

3.10 Ä Ä Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die mit Verfügung vom 21. April 2010 angeordnete Sistierung des Verfahrens wird aufgehoben.

und 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:

- Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein

- SWICA Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

- Krankenkasse Q. \_\_\_

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.