

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00428 vom 20. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00428

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00428 du 20 juin 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00428 del 20 giugno 2011

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 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 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 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 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,

Äußerlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise 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 E. 4b).

2.4.4.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegleitender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 2.5

2.5.1.1 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 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a).

2.5.2.1 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 Versicherungsgerichtes in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 E. 3b, 122 V 417 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise 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 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 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 363 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 3

3.1 Streitig und zu prägen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund der Unfallereignisse vom 6. August 2003 und 7. Mai 2004 - die Knieproblematik war nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheides (vgl. Urk. 8/146, Urk. 2) - über den per 31. Dezember 2006 festgesetzten Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2 Mit Arztbericht vom 9. September 2003 (Urk. 8/4) machte Dr. Y. ___ Kopfweh seit dem 6. August 2003 sowie Rückenschmerzen seit dem 7. August 2003 aktenkundig, welche auf das Unfallereignis vom 6. August 2003 zurückzuführen seien. Als Diagnose nannte er ein HWS-Abknicktrauma nach links. Kopfdrehungen nach rechts sowie die Seitneigung nach rechts und links hätten sich als schmerzhaft gezeigt, die Neurologie sei ohne Befund. Kontusionsmarken lägen nicht vor. Dr. Y. ___ verordnete Schmerzmedikamente. Bei der Frage nach einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit setzte der Arzt ein Fragezeichen.

3.3 Am 16. September 2003 (Urk. 8/6.1) berichtete Dr. med. H. ___, Innere Medizin FMH, die Beschwerden seien subjektiv teilweise abgeklungen. Zwar klage der

Beschwerdeführer noch über leichtes Kopfweh. Dieses stehe jedoch nicht mehr im Vordergrund. Demgegenüber ständen bei völlig erhaltener Beweglichkeit der HWS und BWS eine massiv verspannte Muskulatur im Bereich der HWS und der BWS im Sinne von Kettentendinosen und Myogelosen im Vordergrund. Wegen langanhaltenden Rücken- und Knieschmerzen habe der Beschwerdeführer schon (vor dem Unfall) bei Dr. I. ___ in Behandlung gestanden und sei von diesem an einen Chiropraktor überwiesen worden, wo sich der Beschwerdeführer auch nach dem aktuellen Unfallereignis habe weiter behandeln lassen - seinen Angaben zufolge offenbar erfolglos. Dr. H. ___ notierte ergänzend, der Beschwerdeführer habe schon seit längerem Ferien in der Türkei geplant, welche vom 14. bis zum 21. September 2003 stattfinden würden. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge danach.

3.4 Mit Zwischenbericht vom 10. November 2003 (Urk. 8/12) erklärte Dr. H. ___, seit dem 6. Oktober 2003 sei der Beschwerdeführer wieder zu 50 % in seinem bisherigen Beruf als Gerüstbauer tätig. Weil die Beschwerden im Bereich der HWS und BWS stagnierten, habe die behandelnde Physiotherapeutin den Beschwerdeführer an PD Dr. C. ___ überwiesen, weshalb die Behandlung bei ihm, Dr. H. ___, abgeschlossen werde.

3.4 PD Dr. C. ___ nannte am 20. Oktober 2003 (Urk. 8/16) ein lumbospondylogenes und zervikobrachiales Syndrom bei Status nach einem Unfall vor zwei Monaten. Weil anamnestisch Sensibilitätsstörungen existiert hätten, habe er ein MRI der HWS und LWS anfertigen lassen, welches jedoch mit Ausnahme einer Fehllhaltung keine pathologischen Befunde visualisiert habe. Neben der Physiotherapie, welche offenbar zu einer Linderung führe, sei das Krafttraining vom Beschwerdeführer fortzusetzen und bis Ende des Jahres weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (Urk. 8/16.3).

3.5 Anlässlich einer Besprechung mit dem Arbeitgeber erklärte der Beschwerdeführer am 12. November 2003 (Urk. 8/13), er habe bereits vor dem Unfall unter Rückenschmerzen, jedoch im Kreuzbereich, gelitten. Grund dafür sei eine zu schwache Muskulatur, weshalb er Krafttraining ausübt habe.

3.6 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Januar 2004 (Urk. 8/18) beklagte der Beschwerdeführer Rückenbeschwerden im unteren Bereich, welche zwar bereits vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen, durch dieses jedoch verstärkt worden seien. Daneben leide er ein- bis zweimal wöchentlich an vom Nacken ausgehenden Kopfschmerzen. Zweimal wöchentlich besuche er die Physiotherapie und abends nach der Arbeit - er verrichte Halbtagesarbeit als Gerüstbauer - gehe er zusätzlich ins Fitnesscenter. Medikamente nehme er selten und bloss bei Bedarf ein (Urk. 8/18.1). Dr. A. ___ beschrieb den Beschwerdeführer als freundlich, kooperativ, mit kräftiger sowie guter Muskulatur und unauffälligen Spontanbewegungen. Anzeichen für eine Beeinträchtigungen des Bewegungsablaufes im Bereich des Skelettes fehlten. Die Gelenke der oberen Extremitäten zeigten sich ebenso wie die HWS frei beweglich, die Nackenmuskulatur war indolent und normoton. Zusammenfassend hielt der Kreisarzt dafür, die Untersuchung habe lediglich diskrete klinische Befunde geliefert. Ausser einer Fehllhaltung (verstärkte Brustkyphose, abgeflachte Lendenlordose) und leichten paravertebralen lumbalen Verspannungen hätten keine funktionellen Behinderungen erhoben werden können. Allenfalls bestehe eine mässige Belastungsintoleranz der ganzen Wirbelsäule. Endlich habe die MRI-Untersuchung der HWS und LWS ausser

vorbestehenden leichten degenerativen Veränderungen keine wesentlichen pathologischen Befunde geliefert (Urk. 8/18.2). Die bisherige Tätigkeit im Gerüstbau erachtete der Kreisarzt beim gesunden Beschwerdeführer ausgehend von dessen körperlicher Konstitution als kaum vorstellbar, mit den nachvollziehbaren panvertebralen Beeinträchtigungen als nicht möglich. Eine verminderte Leistung von 50 % sei vorstellbar, weshalb diese im Unfallschein so besttigt werde. Es sei dem Beschwerdeführer noch zwei Monate Zeit einzuräumen, um die volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Kann dieses Ziel nicht erreicht werden, so sei abzuklären, ob die bisherige Tätigkeit von Seiten der Konstitution (und Restfolgen) überhaupt möglich sei (Urk. 8/18.3).

3.7 Dr. med. J. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, notierte am 20. Januar 2004 (Urk. 10/9), der Beschwerdeführer sei nur teilweise arbeitsfähig, wobei die Leistungseinschränkung auf die Rückenbeschwerden zurückzuführen sei und nicht aufgrund der Knieproblematik bestehe.

3.8 Ein Gespräch mit dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers am 26. März 2004 (Urk. 8/19) ergab, dass eine Arbeitsfähigkeit von 70 % nicht erreicht werden können. Zwischenzeitlich (bis zum 14. März 2004; vgl. Urk. 8/21) sei der Beschwerdeführer aufgrund einer Operation am Knie vollständig arbeitsunfähig gewesen, wobei 50 % auf das Knie, 50 % auf die Rückenproblematik entfallen seien.

3.9 Dr. Y. ____, diagnostizierte am 7. Mai 2004 (Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma, Urk. 9/3) ein erneutes HWS-Abknicktrauma, welches der Beschwerdeführer gleichentags durch eine Heckkollision erlitten habe. Den Angaben des Beschwerdeführers zufolge litt dieser unter sofortigen Kopf- und Nackenschmerzen sowie an Schwindel und Übelkeit. Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke ergaben sich nicht. Ebenso fehlten äußere Verletzungen. Dr. Y. ____, attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 8. Mai 2004 (Urk. 9/3.2).

3.10 Zwecks Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 8/37.4) hielt sich der Beschwerdeführer vom 12. Mai bis zum 9. Juni 2004 stationär sowie vom 11. Juni bis zum 14. Juli 2004 ambulant in der Rehaklinik Z. ____, auf (Urk. 8/37). Anlässlich des Klinikeintritts berichtete er von einem am 7. Mai 2004 stattgefundenen Heckauffahrunfall, als er mit seinem Personenwagen vor einem Rotlicht stehend gewartet habe. In der Folge hätten sich sofort verstärkte Nacken-, Kopf- und Kreuzschmerzen bemerkbar gemacht. Vor diesem Ereignis habe er an geringgradigen Nackenschmerzen sowie anhaltenden, belastungsverstärkten Kreuzschmerzen mit Schmerzverstärkung bei längerem Stehen und Sitzen, was eine Steigerung des Arbeitsumfangs in bisheriger Tätigkeit von viereinhalb Stunden täglich verhindert habe, gelitten. Durch regelmäßiges Fitnesstraining habe er in den letzten Monaten eine Kraft- und Beweglichkeitszunahme verspürt und die Beschwerden hätten deutlich nachgelassen (Urk. 8/37.4). Derzeit ständen nun aber anhaltende, beidseitige Nackenschmerzen mit schmerzhaft eingeschränkter Kopffrotation sowie -Extension, kombiniert mit Schmerzen an der Vorderseite des Halses im Vordergrund (Urk. 8/37.5). Die Ärzte berichteten bei Klinikaustritt, die Rückenbeschwerden hätten sich durch die Therapien zurückgebildet, während sich die Nacken- und Kopfschmerzen bei radiologisch unauffälligem Befund eher etwas verstärkt hätten (Urk. 8/37.2). Im Weiteren hielten sie dafür, die Tätigkeit als Gerüstmonteur sei nicht mehr zumutbar. Demgegenüber

sei eine leichte Arbeit ganztags, zu Beginn halbtags mit sukzessiver Steigerung innert vier bis sechs Monaten, möglich (Urk. 8/37.1), wobei länger dauernde Tätigkeiten über Kopfhöhe oder in vorgeneigter Position sowie an sturzexponierten Stellen zu vermeiden seien (Urk. 8/37.2). Schliesslich ergibt sich aus dem Bericht der Rehaklink Z. ____, dass sich der Beschwerdeführer im vierwöchigen Berufserprobungsprogramm flexibel gezeigt habe und kognitiv sowie praktisch gute Anlagen besitze (Urk. 8/36.2).

3.11 Ein am 18. Oktober 2004 (Urk. 8/57.2) angefertigtes MRI der LWS zeigte eine altersentsprechende Lumbalwirbelsäule mit weitem Spinalkanal und ohne Nachweis einer Diskushernie oder sonstigen Wirbelkompression.

Auf diesen Befund verweisend, verordnete PD Dr. C. ____ zur Behandlung der lumbospondylogenen Problematik - daneben bestehe ein chronisches Zervikobrachsialsyndrom bei Status nach Unfall - am 1. November 2004 (Urk. 8/57.1) Physiotherapie mit detonisierender Massage, Gymnastik sowie weiterhin Trainingstherapie.

3.12 Aus dem Gespräch des Beschwerdeführers und seiner Rechtsvertreterin mit der IV-Beraterin und K. ____ von der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2005 (Urk. 8/83) ergibt sich, dass PD Dr. C. ____ anlässlich der Konsultation vom 27. Mai 2005 nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Der Beschwerdeführer leide in letzter Zeit wieder vermehrt unter Beschwerden. Aktuell besuche er einen Intensiv-Deutschkurs (zwei bis drei Halbtage pro Woche), während seine Suche nach einer Lehrstelle als Optiker leider bislang erfolglos geblieben sei (Urk. 8/83.1). Weil die IV-Beraterin Bedenken darüber äusserte, ob die medizinische Seite ausreichend abgeklärt worden sei, kamen die Beteiligten überein, der Beschwerdeführer solle vorab mittels Schnupperlehre testen, ob der Arbeitsalltag als Optiker überhaupt zu bewältigen sei (Urk. 8/83.2).

Gemäss Angaben der IV-Beraterin hatte der Beschwerdeführer Gelegenheit, eine Schnupperlehre als Optiker zu absolvieren, wobei er eine sehr gute Rückmeldung erhalten habe. Allerdings habe er auch an gesundheitlichen Problemen gelitten (Urk. 8/94).

3.13 Zur Zumutbarkeit des Optiker-Berufs befragt, hielt PD Dr. C. ____ am 11. Juli 2005 (Urk. 8/95) fest, eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht grundsätzlich möglich. Falls der Beschwerdeführer die Physiotherapie sowie die medizinische Kräftigungstherapie regelmässig wahrnehme, gelinge es ihm, das Beschwerdemass (lumbal, zervikal) in erträglichem Rahmen zu halten, weshalb bei beibehaltener Therapie eine Ausbildung als Optiker durchführbar sei.

3.14 Kreisarzt Dr. A. ____ untersuchte den Beschwerdeführer am 27. September 2005 (Bericht vom 4. Oktober 2005, Urk. 8/103) erneut. Er beschrieb den Beschwerdeführer als sehr freundlich, seine Beschwerden nicht betonend sowie als schlank, muskelkräftig und von sportlicher Erscheinung. Er habe angegeben, im ganzen Rücken bis in die Fersen Schmerzen zu verspüren. Zudem habe er Kopf- und Nackenschmerzen. Gehen könne er bloss während 20 Minuten. Beim Sitzen träten nach kurzer Zeit Probleme mit Verspannung und Schmerzen im Oberkörper und Rückenbereich auf. Beim Beobachten von bewegten Bildern würden sich Augensymptome bemerkbar machen. Der Beschwerdeführer erkläre, er besuche einmal wöchentlich die Physiotherapie sowie dreimal wöchentlich ein Krafttraining. Die regelmässigen Übungen hätten eine gewisse Stabilität gebracht. Sobald aber die Belastung gesteigert werde, trete eine

Verschlimmerung der Beschwerden ein. An Schmerzmedikamenten benötigte er zwei bis drei Tabletten täglich (Urk. 8/103.3). Dr. A.____ hielt fest, es hätten eine freie Beweglichkeit und Gestik mit allen Extremitäten sowie beim Ausziehen der Kleider ein problemloser Bewegungsablauf beobachtet werden können. Der Gang des Beschwerdeführers sei symmetrisch und unauffällig. Die Schulterkonturen seien symmetrisch, nach lateral leicht abfallend, das Muskelrelief bei kräftiger Muskulatur erhalten. Offensichtliche Atrophien beständen nicht. Im Bereich der Wirbelsäule zeige der Beschwerdeführer eine Haltungsinsuffizienz mit vorgeneigter Haltung. Die ganze Wirbelsäule sei leicht klopf- und druckdolent. Die paravertebrale Muskulatur sei im mittleren thorakalen und zervikalen Bereich linksbetont leicht druckdolent. In allen Abschnitten der paravertebralen Muskulatur habe eine eindeutige Verspannung und Tonuserhaltung festgestellt werden können. Im lumbalen Bereich bestehe ein Hartspann (Urk. 8/103.4). Dr. A.____ erklärte, die beiden Unfallereignisse (6.8.2003, 7.5.2004) hätten - sich ergänzend und gleichbedeutend beteiligt - ein Panvertebralsyndrom verursacht, wobei die Verlaufsdokumentation nach dem ersten Ereignis eine gewisse Verbesserung der Symptomatik, aber keine Restitutio zeige. Das zweite Ereignis habe zu einer Verschlimmerung geführt. Zusätzlich sei während der gesamten posttraumatischen Phase eine sogenannte typische HWS-Symptomatik beschrieben, deren allfällige Beeinträchtigung über die Adäquanzbestimmung zu bewerten sei (Urk. 8/103.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers notierte der Kreisarzt, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zu einer angepassten Arbeit sei bereits nach dem Ergonomietrainingsprogramm Stellung genommen worden, wovon mangels wesentlicher Veränderung nicht abzuweichen sei. Eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit einzelnen Zusatzbelastungen von 10 bis 15 kg sei vollzeitlich und vollschichtig zumutbar. Dabei seien Zwangshaltungen für den Oberkörper, vorgeneigte Körperpositionen oder dauernde Nackenarbeiten sowie schwere Arbeiten wie pickeln, schaufeln, bohren, hämmern, etc. und repetitive, kraftvolle Körperbewegungen zu vermeiden. Was mögliche Behandlungen betreffe, so seien grundsätzlich aktive Bewegungsmassnahmen wie das Fitness-Training angezeigt. Bei erfolgreicher beruflicher Integration erwarte er, Dr. A.____, eine spontane Abnahme der Beschwerden und der derzeit noch notwendigen therapeutischen Massnahmen. Die Restfolgen an der Wirbelsäule beschrieb der Kreisarzt wie folgt: erhebliche Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung bei zervikovertebralem und lumbovertebralem Syndrom, teilweise radikuläre Ausstrahlung, nachgewiesene panvertebrale Dysfunktion, Fehllhaltung. Leichte degenerative vorbestehende Veränderungen und muskuläre Dysbalance. Kein Nachweis von posttraumatischen strukturellen Veränderungen (Urk. 8/103.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A.____ schätzte die Integritätsentschädigung betreffend das Panvertebralsyndrom (zerviko- und lumbovertebrales Syndrom) als mit 10 %, wobei beide Unfallereignisse gleichwertig und damit mit 5 % beteiligt seien (Urk. 8/104.1).

3.15 Ä Ä Nach Überweisung durch PD Dr. C.____ untersuchte Dr. B.____ den Beschwerdeführer am 21. November 2005 (Urk. 8/116) und nannte folgende Diagnosen: (1) Status nach zweimaligem Distorsionstrauma der HWS mit wahrscheinlich begleitendem Schädel-Hirn-Trauma, (2) Entwicklung eines posttraumatischen Spannungskopfschmerzsyndroms sowie eines panvertebralen Schmerzsyndroms (Entwicklung

eines posttraumatischen Fibromyalgie-Syndroms?), (3) wahrscheinlich leichtes bis mässiges kognitives Defizit mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, am ehesten posttraumatisch. Der vom Neurologen erhobene Befund zeigte sich - mit Ausnahme deutlich druckschmerzhafter Ansatzpunkte des Musculus trapezius sowie von Myogelosen im Bereich der langen Rückenmuskulatur - als weitgehend unauffällig. Insbesondere erhob Dr. B. eine in sämtliche Richtungen freie und uneingeschränkte HWS-Beweglichkeit (Urk. 8/116.2). Der Arzt hielt fest, die Angabe einer zweimalig aufgetretenen Bewusstlosigkeit mit anamnestischer Lücke spreche für begleitende Schädel-Hirn-Traumata, welche die glaubhaften kognitiven Defizite, welche sich insbesondere im Deutschkurs manifestiert hätten, erklärten. Eine neuropsychologische Abklärung diesbetreffend sei dringend angezeigt und das Erlernen des Berufes eines Optikers unter diesen Voraussetzungen illusorisch (Urk. 8/116.3).

3.16. Zu Händen der Arbeitslosenversicherung attestierte PD Dr. C. mit Zeugnis vom 9. Januar 2006 (Urk. 8/122) eine unfallbedingte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten.

3.17. Kreisarzt Dr. A. hielt am 24. Januar 2006 (Urk. 8/123) dafür, die Knieverletzung vom 16. April 1998 sei folgenlos abgeheilt, in Bezug auf das diagnostizierte Panvertebralsyndrom, welches zwar nicht direkte selbständige Unfallfolge, jedoch durch die HWS-Schädigung bewirkt worden sei, beständen noch Restfolgen, welche je zur Hälfte den Unfallereignissen (6. August 2003, 7. Mai 2004) zuzuschreiben seien.

3.18. Von der Beschwerdegegnerin auf die von den Verantwortlichen der Rehaklinik Z. erhobenen guten kognitiven und praktischen Anlagen des Beschwerdeführers (Schreiben vom 24. Januar 2006 Urk. 8/120) hingewiesen, hielt Dr. B. an seiner Einschätzung, eine detaillierte psychologische Untersuchung sei von Nutzen, fest (3. Februar 2006, Urk. 8/124).

3.19. Am 14. September 2006 (Urk. 8/135) erstattete Dr. D. Bericht über die am 6. September 2006 durchgeführte neuropsychologische Testung des Beschwerdeführers. Sie notierte, dieser habe verlangsamt gewirkt. Davon abgesehen, entsprechen die meisten Resultate dem schulischen und beruflichen Lebenslauf des Beschwerdeführers. An objektivierbaren Funktionsstörungen nannte Dr. D. eine reduzierte Konzentration und schnelle visuelle Ermüdung. Im Weiteren sei die Erfassung von komplexerem kognitivem Material erschwert sowie die Fehlerkontrolle nicht immer gewährleistet. Zudem erfolge das Lernen und Behalten durch die Konzentrationsstörung leicht verzögert und verunsichert, und schliesslich sei die Dauerbelastung reduziert. Zusammenfassend entsprechen die Befunde einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung, wobei die Leistungsfähigkeit zusätzlich durch die Schmerzen und notwendige Pausen eingeschränkt sei (Urk. 8/135.3).

3.20. Am 1. April 2009 (Urk. 8/189) erstatteten die Ärzte der E. ihr polydisziplinäres Gutachten, wozu sie sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 8/189.3-10), auf die anlässlich der Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 21. bis 23. Juli 2008 sowie 29. Januar und 5. Februar 2009 gemachten Angaben und erhobenen Befunde sowie auf die Teilgutachten (internistisch, rheumatologisch, neurologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch und ophthalmologisch) stützten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter Dr. med. L., Rheumatologie und Innere Medizin FMH, klagte der Beschwerdeführer über

Schwindel, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Erbrechen sowie Sehstörungen. Der Gutachter diagnostizierte ein (1) chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei unauffälligen radiomorphologischen Verhältnissen, (2) chronische thorakolumbovertbrale Schmerzen sowie einen (3) Status nach Knie-Distorsion links (Urk. 8/189.12). Im Bereich des Achsenskeletts sowie linken Kniegelenks bestehe eine verminderte Belastbarkeit, weshalb die bisherige Tätigkeit als Gerüstmonteur nicht mehr zumutbar sei. Was eine angepasste Beschäftigung betreffe, so stehe das Ausmass an geltend gemachter Schmerzintensität und daraus abgeleiteter Behinderung in Diskrepanz zur Eindrücklichkeit der klinischen und radiomorphologischen Veränderungen. Wenngleich zweifellos eine muskuläre diffuse Dolenz und schmerzbedingte Einschränkung des Achsenskeletts fassbar seien, so erscheine im Kontrast zum de facto umgesetzten Tätigkeitsvolumen - der Beschwerdeführer gab an, mit einem 50%-Pensum als Briefsortierer zu arbeiten (Urk. 8/189.11) - eine signifikante Einschränkung in angepasster Arbeit kaum attestierbar (Urk. 8/189.14). Gestützt auf die aktuelle Literatur sei aber davon auszugehen, dass die Unfallfolgen weitgehend abgeheilt seien und das aktuell geltend gemachte muskuloskelettspezifische Beschwerdeniveau zu mehr als der Hälfte durch unfallfremde Faktoren verursacht sei (Urk. 8/189.15).

Dr. F. ____, Neurologe, erhob einen gänzlich unauffälligen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund und empfahl zur Behandlung der Analgetika induzierten Kopfschmerzkomponente einen konsequenten Schmerzmittelentzug. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht bestehe nicht (Urk. 8/189.18).

Die neuropsychologische Begutachtung vermochte keine validen Testergebnisse zu liefern (Urk. 8/189.19-21), wofür der Gutachter eine Aggravation oder eine unbewusste Verdeutlichungstendenz im Rahmen einer somatoformen Störung als mögliche Ursache nannte. Er erklärte, dass selbst unter der Annahme einer stattgefundenen milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) - eine solche sei jedoch eher als unwahrscheinlich zu erachten (Urk. 8/189.31) - die Aufmerksamkeitsstörung höchstens ein leichtes bis mittelgradiges Ausmass erreichen dürfte, während sich in der testpsychologischen Untersuchung mittelgradige bis schwere Einbussen, die das allenfalls zu erwartende Ausmass weit überschritten hätten, in nahezu sämtlichen Funktionsbereichen ergeben hätten (Urk. 8/189.21). So lenke der Beschwerdeführer beispielsweise weiterhin ein Auto, was unter Annahme der Authentizität der demonstrierten Leistungseinbussen in der visuellen Verarbeitung lebensgefährlich wäre (Urk. 8/189.20). Gestützt auf die Testresultate sei mithin eine Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich (Urk. 8/189.22).

Aus psychiatrischer Sicht ergab sich keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (Urk. 8/189.22). Die ophthalmologische Begutachtung führte sodann zur Diagnose einer Anisohypermetropie und Amblyopie rechts sowie zu einem Sicca Syndrom beidseits (Urk. 8/189.23), welche Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt seien (Urk. 8/189.31).

Anlässlich der Konsens-Besprechung zeigte sich, dass bei allen Untersuchungen erhebliche Inkonsistenzen zu Tage getreten waren. So hätten sich im Bereich der Rheumatologie erstaunlich wenig objektivierbare Befunde, welche die geltend gemachten Einschränkungen erklären würden, ergeben. Hier sei davon auszugehen, dass die beiden Unfallereignisse (bloss) vorübergehend zur Auslösung von

Beschwerden beigetragen hätten und die heutigen Beschwerden diesen Vorfällen nicht mehr zuzuordnen seien (Urk. 8/189.30). Selbst bei erschwertem Heilungsverlauf und Belastung der HWS durch zwei Auffahrunfälle sollten die unfallbedingten Nacken- und Kopfschmerzen nach mehr als vier Jahren abgeklungen sein. Schliesslich sei auffällig, dass der Beschwerdeführer im Bereich der psychiatrischen Exploration praktisch kein Schmerzverhalten, im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung jedoch eine massive und hoch auffällige Schmerzverdeutlichung gezeigt habe (Urk. 8/189.31). Zusammenfassend hielten die Experten dafür, die heute noch geklagten Beschwerden seien nicht überwiegend wahrscheinlich als unfallkausal zu betrachten. Eine Unfallkausalität könne nur für das Auftreten der Beschwerden in dem Sinne bejaht werden, als dass der Unfall initial zu einer Auslösung von Nacken- und Rückenbeschwerden geführt habe. Für die Persistenz dieser Beschwerden lasse sich die Kausalität jedoch nicht mehr begründen (Urk. 8/189.33). Aus gesamtmedizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine angepasste körperliche Tätigkeit vollumfänglich zumutbar, wobei die Einschränkung qualitativer Art nicht als unfallkausal zu betrachten sei (Urk. 8/189.35).

E. 4

4.1 Aus den Akten erhellt, dass weder das Unfallereignis vom 6. August 2003 noch jenes vom 7. Mai 2004 zu organisch nachweisbaren pathologischen Befunden führte (Erw. 3.4, 3.14, 3.20). Unbestritten ist sodann, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem ersten Unfallereignis unter langanhaltenden Rückenbeschwerden im Lendenbereich litt (Erw. 3.3, 3.5) und sich bei vorbestehenden leichten degenerativen Veränderungen (Erw. 3.6) eine Fehlhaltung der Wirbelsäule zeigte (Erw. 3.4, 3.6). Nachdem Kreisarzt Dr. A. ___ am 20. Januar 2004 lediglich diskrete klinische Befunde erhoben sowie das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit als grundsätzlich möglich erachtet hatte (Erw. 3.6) und der Beschwerdeführer wieder mit einem durch die Rückenproblematik (Erw. 3.7-3.8) eingeschränkten Pensum von 50 % im bisherigen Beruf tätig war, führte das zweite Unfallereignis vom 7. Mai 2004 zu einer Verschlimmerung der Symptomatik (Erw. 3.14). Diese zeigte sich die Rückenproblematik betreffend der Therapie in der Rehaklinik Z. ___ zugänglich, während sich die Nacken- und Kopfschmerzen tendenziell eher verstärkten (Erw. 3.10). Ein Nachweis dafür, dass sich der Vorzustand an der Lendenwirbelsäule durch die beiden Unfallereignisse richtunggebend verschlimmert hätte - solches müsste rechtsprechungsgemäss röntgenologisch ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2008, 8C_17/2007, Erw. 3.2) -, fehlt denn gänzlich. Unter Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage ist somit höchstens von einer vorübergehenden Verschlimmerung der bestehenden Rückenproblematik durch die beiden Unfallereignisse auszugehen, entspricht es doch einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine traumatische Verschlimmerung eines (klinisch stummen) degenerativen Vorzustandes der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. September 2008, 8C_468/2008, Erw. 5.2). Mithin durfte die Beschwerdegegnerin Ende Dezember 2006 davon ausgehen, dass der status quo ante (Erw. 2.4) betreffend die Rückenbeschwerden erreicht war und damit die darüber hinaus geklagten Rückenbeschwerden nicht (mehr) in einem natürlich kausalen Zusammenhang mit den beiden Unfällen stehen. Diese Schlussfolgerung entspricht im Übrigen der Einschätzung des rheumatologischen Gutachters Dr. L. ___ (Erw. 3.20).

Weshalb der Kreisarzt das Lumbovertebralsyndrom betreffend eine Integritätserschädigung feststellte (Erw. 3.14) und das Panvertebralsyndrom als Restfolge der Unfallereignisse bezeichnete (Erw. 3.17), ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Dies umso weniger, als er die körperliche Konstitution des gesunden Beschwerdeführers - und damit klarerweise einen unfallfremden Faktor - als mit der Tätigkeit als Gerüstbauer nicht vereinbar bezeichnete (Erw. 3.6), eine Fehlhaltung (Erw. 3.4) sowie muskuläre Dysbalance (Erw. 3.14), beides ebenso wenig Unfallfolgen, aktenkundig sind und Dr. A. ___ gar eine spontane Abnahme der Beschwerden bei erfolgreicher beruflicher Reintegration (Erw. 3.14) erwartete. Dass es den noch über den Fallabschluss hinaus geklagten Rückenbeschwerden an einem natürlichen Kausalzusammenhang mit den Unfallereignissen gebricht, steht damit fest.

Gründen im Weiteren die anlässlich der ophthalmologischen Begutachtung erhobenen Diagnosen nicht überwiegend wahrscheinlich in einem der Ereignisse (Erw. 3.20), so erübrigen sich dazu weitere Erwägungen.

4.2 Entgegen den Ausführungen von Dr. B. ___ (Erw. 3.15) und Dr. D. ___ (Urk. 8/135.3) ist das Vorliegen einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) nicht ausgewiesen. Die Nennung einer solchen Diagnose findet sich erstmals im Bericht von Dr. B. ___ vom 21. November 2005 (Erw. 3.15), ohne dass sich echtzeitliche Hinweise dafür aus den medizinischen Unterlagen ergeben. Dass der Beschwerdeführer anlässlich der Befragung durch die Polizei am 6. August 2003 ausgeführt hatte, er müsse ein **Blackout** gehabt haben (Urk. 8/3.4) beziehungsweise er habe sich wegen der Hitze müde gefühlt (Urk. 8/3.2), vermag dafür nicht zu genügen. Schliesslich zeigte sich der nachfolgende Heilungsverlauf positiv und war ab Oktober die 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers einzig noch durch die Rückenproblematik bedingt (Erw. 3.7-3.8). Mithin fehlt es ohnehin an einer Leistungseinschränkung, welche auf eine allfällige, durch das erste Unfallereignis verursachte MTBI zurückzuführen wäre. Hinweise, welche auf eine traumatische Hirnverletzung das zweite Unfallereignis vom 7. Mai 2004 betreffend schliessen lassen würden, fehlen sodann gänzlich. Im Gegenteil notierte Dr. Y. ___ am 7. Mai 2004 im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma, die chronologische Befragung habe keine Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit, Gedächtnislücke oder andere Bewusstseinsstörungen ergeben (Erw. 3.9). Selbst wenn aber ein MTBI zugrunde gelegt würde, ergäbe sich mangels Adäquanz (vgl. nachfolgend) keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

4.3 Nichts anderes ergibt sich in Bezug auf das von Dr. B. ___ erstmals geltend gemachte kognitive Defizit mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (Erw. 3.15). Im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit wurden dem Beschwerdeführer von den Verantwortlichen der Rehaklinik Z. ___ gute kognitive und praktische Anlagen bescheinigt (Erw. 3.10). Sodann war er fähig, einen Intensiv-Deutschkurs zu besuchen, sich für eine Lehrstelle als Optiker zu bewerben und eine Schnupperlehre mit Erfolg zu absolvieren (Erw. 3.12). Schliesslich erachtete PD Dr. C. ___ die Ausübung des Optiker-Berufes als grundsätzlich möglich (Erw. 3.13), lenkt der Beschwerdeführer weiterhin einen Personenwagen (Erw. 3.20) und erklärte Dr. D. ___, die meisten Resultate der Testung entsprächen dem schulischen und beruflichen Lebenslauf des Beschwerdeführers (Erw. 3.19). Erhob sie zudem bloss eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung (Erw. 3.19) und vermochte endlich die

neuropsychologische Begutachtung vom Juli 2008 zu keinen validen Testergebnissen zu führen (Erw. 3.20), so ist eine unfallbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus dieser Sicht ohne Weiteres zu verneinen. Im übrigen fehlt es allfälligen neuropsychologischen Einschränkungen ebenso an der Adäquanz (vgl. nachfolgend).

4.4 Offenbleiben kann schliesslich, ob die weiteren, unter das bunte Beschwerdebild nach Schleudertrauma zu subsumierenden Beschwerden (Erw. 2.3) - so insbesondere die vom Beschwerdeführer geklagten Nackenbeschwerden - nicht auch als abgeklungen, beziehungsweise als nicht mehr unfallkausal zu betrachten wären. Mit Blick auf die dem Beschwerdeführer verbliebenen Ressourcen (Besuch Intensiv-Deutschkurs, grundsätzliche Fähigkeit zu einer Optikerlehre, Lenken eines Personenwagens), auf die Feststellung von Kreisarzt Dr. A. ___, er erwarte bei erfolgreicher beruflicher Integration eine spontane Abnahme der Beschwerden (Erw. 3.14), sowie angesichts der anlässlich der polydisziplinären Begutachtung festgestellten Diskrepanzen und Inkonsistenzen (Erw. 3.20) ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zumindest in Frage zu stellen. Fehlt es jedoch - wie nachfolgend zu zeigen ist - an der Adäquanz dieser über die Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden, so entfällt eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ohnehin.

4.5

4.5.1 Grundsätzlich hat die Adäquanzprüfung bei einer Mehrzahl von Unfällen mit Schleudertrauma der HWS gesondert zu erfolgen, wobei es nicht ausgeschlossen ist, dabei die wiederholte Betroffenheit desselben Körperteils zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2010, 8C_736/2009, Erw. 4.1).

4.5.2 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Januar 2004 erhob Dr. A. ___ einzig diskrete klinische Befunde mit indolenter sowie normotoner Nackenmuskulatur und stellte - abgesehen von einer Fehllhaltung und leichten paralumbalen Verspannung - keine funktionelle Behinderung (mehr) fest (Erw. 3.6). Gegenüber den Verantwortlichen der Rehaklinik Z. ___ erklärte der Beschwerdeführer im Mai 2004 sodann, vor dem zweiten Unfallereignis habe er bloss noch geringgradige Nackenschmerzen, hingegen aber anhaltende, belastungsverstrkte Kreuzschmerzen verspürt (Erw. 3.10). Angesichts dessen, dass es den weiterhin geklagten Rückenbeschwerden an einem natürlichen Kausalzusammenhang fehlt (Erw. 4.1), Dr. A. ___ aufgrund der Konstitution des Beschwerdeführers auch bei voller Gesundheit die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer für kaum vorstellbar erachtete und das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit als grundsätzlich möglich hielt (Erw. 3.6), ist eine auf das Ereignis vom 6. August 2003 zurückzuführende, unfallbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu verneinen, womit eine Adäquanzprüfung in Bezug auf diesen Unfall ohne Weiteres entfallen kann. Davon geht denn auch der Beschwerdeführer selber aus (Urk. 1 S. 15 ff.).

 Der Vollständigkeit halber ist dennoch festzuhalten, dass das Unfallereignis vom 6. August 2003 als höchstens mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen und von den rechtsprechungsgemäss genannten Kriterien (Erw. 2.5) kein einziges erfüllt wäre. Allfällig weiteren, auf das erste Ereignis zurückzuführenden, nicht objektivierbaren Beschwerden fehlte es damit am adäquaten Kausalzusammenhang.

Nicht erfüllt ist endlich das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit, welches sich nicht alleine auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf beschränkt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008, 8C_33/2008, Erw. 8.7). Ab dem 6. Oktober 2003 war der Beschwerdeführer wieder zu 50 % arbeitsfähig (Erw. 3.3), wobei Dr. A.____ grundsätzlich eine Steigerung auf 100 % erwartete (Erw. 3.6). Dass eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei, daran hielt der Kreisarzt am 4. Oktober 2005 (Erw. 3.14), wie die Sachverständigen der Rehaklinik Z.____ bereits zuvor (Erw. 3.10), fest, was schliesslich auch die Gutachter der E.____ bestätigten (Erw. 3.20). Die Einschätzung von PD Dr. C.____, es bestehe ab dem 9. Januar 2006 eine Arbeitsfähigkeit von bloss 50 % für angepasste Tätigkeiten (Erw. 3.17), vermag mit Blick auf diese Aktenlage sowie angesichts der schon zuvor erwähnten Ressourcen des Beschwerdeführers (Intensiv-Deutschkurses, Suche Optikerlehre, Absolvieren Schnupperkurs, grundsätzliche Zumutbarkeit des Optikerberufes aus medizinischer Sicht) nicht zu überzeugen. Damit hat auch dieses Kriterium nicht als erfüllt zu gelten.

4.5.5 Zusammenfassend ist mithin bloss ein einziges der massgebenden Kriterien in nicht besonders ausgeprägter Weise erfüllt, was rechtsprechungsgemäss nicht genügt, weshalb es an einem adäquaten Kausalzusammenhang der über den 31. Dezember 2006 hinaus geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 7. Mai 2004 fehlt.

5. Es ergibt sich, dass mangels natürlichem (Erw. 4.1 - 4.3) beziehungsweise adäquatem (Erw. 4.5) Kausalzusammenhang ein unfallversicherungsrechtlicher Leistungsanspruch über den 31. Dezember 2006 hinaus erfüllt. Ebenso fehlt es damit an einem Anspruch auf Integritätsentschädigung.

Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Christine Fleisch
 - Rechtsanwalt Reto Bachmann
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.