

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00323 vom 29. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00323

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00323 du 29 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00323 del 29 settembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Gemäss Unfallmeldung vom 7. Juli 2008 (Meldedatum, Urk. 15/A1) fuhr am 27. Juni 2008 ein Arbeitskollege des Beschwerdeführers ungebremst in den vom ihm gelenkten Kart. Der am 30. Juni 2008 erstbehandelnde Chiropraktor Dr. Z. (Bericht vom 4. August 2008, Urk. 15/M1) diagnostizierte ein HWS-Beschleunigungstrauma mit funktionellen Störungen und machte Nackenschmerzen, später Kopfweh, Schwindel und Konzentrationsstörungen aktenkundig, wobei er eine Arbeitsunfähigkeit verneinte. Den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-cervikalem Beschleunigungstrauma füllte der Arzt am 31. Juli 2008 aus.

3.2. Dr. A. diagnostizierte am 15. August 2008 (Urk. 15/M2) eine HWS-Distorsion Grad II. Unter Sirdalud, Dafalgan und chiropraktorischer Behandlung habe sich eine mässige Besserung eingestellt. Seit dem 19. Juli 2008 werde mittels nichtsteroidaler Schmerzmitteln therapiert. Die Ärztin attestierte vom 19. Juli bis voraussichtlich zum 12. August 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Danach sei die (vollständige) Wiederaufnahme der Beschäftigung vorgesehen.

3.3. Dr. Z. diagnostizierte am 1. September 2008 (Urk. 15/M8 S. 2) ein posttraumatisches Cervicothorakalsyndrom mit vegetativen Begleitsymptomen sowie eine chronische, durch den Unfall aggravierte ISG-Dysfunktion rechts. Die bisherigen Behandlungen hätten zur Tendenz einer Besserung geführt, wobei die Konzentrationsstörungen hartnäckig fortbeständen.

3.4. Mit Bericht vom 2. September 2008 (Urk. 15/M3) nannten Dr. med. G., Assistenzarzt Sportmedizin, und Dr. med. H., Chefärztin, Orthopädie/Sportmedizin, beide Klinik I., die Diagnosen eines posttraumatischen Cervicothoracalsyndroms, einer HWS-Distorsion beim Kartfahren am 27. Juni 2008, einen muskulären Hartspann sowie einen cervicogenen Kopfschmerz. Der Anamnese zufolge standen im Untersuchungszeitpunkt ein Kopfschmerz, brennender Nackenschmerz, Benommenheit sowie eine Konzentrationsstörung im Vordergrund. Bei regelrechter Sensomotorik der oberen Extremitäten fanden sich ein mässiger muskulärer Hartspann und Triggerpunkte in der Schulter/Nackenmuskulatur bei nahezu voller HWS-Beweglichkeit mit leicht endgradig schmerzhafter Rotation, Flexion und Seitneigung. Die Kopfgelenksbeweglichkeit war schmerzfrei möglich. Vereinzelt zeigten sich Facettengelenke im Bereich der mittleren und unteren HWS ohne deutlichen Fokus schmerzhaft. Die Ärzte erklärten, es liege eine typische posttraumatische Symptomatik nach HWS-Distorsion vor. Hinweise auf eine fokale neurologische Ausfallsymptomatik hätten sich ebenso wenig ergeben wie solche für eine fokale Strukturpathologie. Auch

die vom Chiropraktor durchgeführte Röntgendiagnostik habe keine strukturpathologischen Unfallfolgen visualisiert. Nach einem Therapieversuch mit Zaldiar und Osteopathie sei in sechs Wochen eine Kontrolluntersuchung angezeigt, anlässlich deren die Indikationsstellung für eine MRI-Untersuchung zu prüfen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

3.5. Dr. B. berichtete am 31. Oktober 2008 (Urk. 15/M4), nach einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % vom 23. August bis zum 11. September 2008 sei dem Beschwerdeführer die vollständige Wiederaufnahme der Beschäftigung ab dem 12. September 2008 zumutbar.

3.6. Weil das Cervicalsyndrom persistierte, notierte Dr. G. am 14. Oktober 2008, der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 50 % krank geschrieben (Urk. 15/M5).

3.7. Die MRI-Untersuchung der HWS vom 27. Oktober 2008 (Urk. 15/M7) lieferte unauffällige Befunde. Ein sicherer Nachweis der Schmerzursache ergab sich nicht. Insbesondere fehlten Zeichen einer Diskushernie oder Neurokompression.

3.8. Mit Bericht vom 5. Dezember 2008 (Urk. 15/M6) nannte Dr. med. J. ein am 27. Juni 2008 erlittenes schweres HWS-Distorsionsstrauma mit rechtsseitigem cervicospondylogem bis encephalem Syndrom, möglicher Dysfunktion C0/1, Dysfunktion C2/3 rechts mehr als links, starker muskulärer Verspannung, unauffälligem MRI der HWS (vom 27.10.08) und regrediente neuropsychologische Defizite. Der Arzt hielt dafür, trotz fehlenden Hinweises auf eine strukturelle Läsion sei eine mögliche Instabilitätsproblematik nicht auszuschliessen. Unter Sozialanamnese notierte Dr. J. eine Arbeitsunfähigkeit als Informatiker von 50 %.

3.9. Am 26. Januar 2009 (Urk. 15/M8) berichtete Dr. Z., seit August 2008 habe sich subjektiv keine Verbesserung mehr ergeben. Der Beschwerdeführer habe über eine massive Zunahme der Kopfschmerzen bei der Ausübung eines 50 %-Pensums berichtet und habe im Oktober täglich zwei bis sechs Tabletten Schmerzmittel zu sich genommen. Weil die Therapie erfolglos geblieben sei, sei die Behandlung im gegenseitigen Einvernehmen am 26. November 2008 abgeschlossen worden.

3.10. Am 19. März 2009 schrieb Dr. J. (Urk. 15/M13), der Beschwerdeführer klage über eine verminderte Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit. Die Beschwerden im Sinne von Nackenbeschwerden seien weniger geworden, wohingegen die Kopfschmerzen persistierten. Der Beschwerdeführer besuche dreimal wöchentlich den Fitnesspark, einmal wöchentlich die Physiotherapie und einmal wöchentlich die Osteopathie, welche gegen die Kopfschmerzen eine sehr gute Wirksamkeit zeige. Weiterhin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

3.11. Der Neurologe Dr. C. erstattete am 24. April 2009 (Urk. 15/M16) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten. Ihm gegenüber beklagte sich der Beschwerdeführer über muskuläre Verspannungen vor allem zwischen den Schulterblättern, Schmerzen im Nacken- und Hinterkopf und Stirnbereich sowie eine inkonstante Schwäche in den Handgelenken. Nausea bestehe keine mehr. Auch die Lendenwirbelsäule sei praktisch beschwerdefrei. Ebenso habe er keine Gleichgewichts- und Schwindelprobleme mehr (Urk. 15/M16 S. 3). Zu Beginn habe er täglich bis zu sechs Schmerztabletten einnehmen müssen, was er im Verlaufe der Zeit habe reduzieren können. Bei neurologisch unauffälligem Befund zeigte sich keine Verhärtung an der

paravertebralen Muskulatur. Dr. C. ___ verneinte Anhaltspunkte für eine strukturelle Verletzung der HWS ebenso wie für zentrale und periphere neurologische Auffälligkeiten oder eine psychiatrische Erkrankung (Urk. 15/M16 S. 5). Er hielt dafür, die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar mit einer anfänglichen Leistungseinschränkung von 25 % (Urk. 15/M16 S. 6). Weitere Abklärungen seien nicht mehr angezeigt und die Prognose gut, sollte der Beschwerdeführer eine Tätigkeit finden (Urk. 15/M16 S. 7).

3.12 Bezugnehmend auf die Beurteilung von Dr. C. ___ hielt Dr. J. ___ am 11. Mai 2009 (Urk. 15/M18) fest, es sei durchaus möglich, dass die Dysfunktion von C2/3 (möglich bei C0/1) bei starken Verspannungen insbesondere der posterioren seitlichen Nackenmuskulatur zu den geklagten Beschwerden führe. Aus seiner Sicht habe eine manuelle Untersuchung der HWS aus manualmedizinisch/rheumatologischer Sicht zu geschehen.

3.13 Am 13. August 2009 (Urk. 15/M19) erstattete Dr. D. ___ ein rheumatologisches Gutachten, wozu er sich auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. August 2009 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die von der Beschwerdegegnerin überlassenen Akten (Urk. 15/M19 S. 2-7, 9-14) stützte. Seinen Angaben zufolge machte der Beschwerdeführer insbesondere zunehmende Nackenschmerzen und eine Konzentrationsschwäche dafür verantwortlich, dass er eine langzeitige Tätigkeit in seinem angestammten Beruf nicht mehr ausüben im Stande sei (Urk. 15/M19 S. 8-9). Seinen Tagesablauf schilderte der Beschwerdeführer dergestalt, dass er zweimal täglich etwa eine Stunde lang den Hund ausführe, seine E-Mails kontrolliere, mit der Stellensuche beschäftigt sei und sich weiterbilde. Zwischendurch lasse er sich ca. während 15 Minuten hinlegen. Im Weiteren besuche er Therapien, nehme Termine wahr, erledige Korrespondenz, helfe im Haushalt mit und besuche das Fitnesscenter (Urk. 15/M19 S. 15; S. 16: zurzeit Velocrosstrainer). Dr. D. ___ führte aus, die Röntgenaufnahme vom 2. Juli 2008 visualisiere im Bereich der Querfortsätze bei C7 einen plumpen Querfortsatz rechts beziehungsweise eine deutliche Verengung des Querfortsatzes links mit Ansatz einer kleinen Stummelrippe. Dies lasse die Annahme zu, dass seit längerer Zeit ein Scalenussyndrom bestehe, welches sich bei den palpatorischen Untersuchungen schmerzhaft zeige (Urk. 15/M19 S. 18). Das genannte Syndrom, welches nicht selten zur Schmerzproblematik in dieser Loge und auch der Schultergürtelmuskulatur führe, als Nebenbefund bezeichnend erklärte der Gutachter, die somatische Untersuchung habe objektiv keine Pathologien oder sensomotorischen Defizite gezeigt. Die Beweglichkeit der oberen Extremitäten sowie der HWS sei ordentlich. Die bei der Ante- und Retroflexion der HWS gegen Widerstand nachgewiesenen Schmerzen seien durch eine reaktive Verspannung der sonst normotonen Muskulatur der HWS zu erklären (Urk. 15/M19 S. 21). Dr. D. ___ notierte zusammenfassend, eine Diagnose mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht zu nennen (Urk. 15/M19 S. 21-21). Die reaktive Verspannung im paravertebralen zervikalen Bereich und die Dysfunktion der oberen HWS-Segmente ständen möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 27. Juni 2008. Dabei seien jedoch die vorbestehenden Zustände (Schwindel- und Panikattacken, rasche Verspannung der Schultergürtel- und Halsmuskulatur) als Begleitfaktoren anzusehen und der Status quo sine per Ende 2008, spätestens per Januar/Februar 2009 als erreicht zu betrachten (Urk. 15/M19 S. 23). Aus

rheumatologisch/orthopädischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, wobei in den ersten drei bis vier Wochen nach Wiederaufnahme der Tätigkeit von einer Leistungsminderung im Umfang von 20 % (vermehrte Pausen oder kürzerer Arbeitstag) auszugehen sei (Urk. 15/M19 S. 24-25).

3.14. Zum Gutachten von Dr. D. am 13. November 2009 (Urk. 15/M21) Stellung nehmend, erklärte Dr. E., dessen Beurteilung der natürlichen Kausalität sei nachvollziehbar und schlüssig (Urk. 15/M21 S. 2). Sodann sei der Endzustand offensichtlich erreicht, sei doch in den vergangenen sechs Monate keine Besserung erzielbar gewesen und eine solche auch unter fortgesetzter Therapie nicht zu erwarten (Urk. 15/M21 S. 3). Sofern Dr. J. die fortbestehenden Beschwerden als in natürlichen Kausalzusammenhang mit dem fraglichen Unfallereignis sehe, so sei diese Beurteilung nicht nachvollziehbar, habe Dr. J. am 11. Mai 2009 doch ausgeführt, die Dysfunktion sei lediglich möglicherweise für die beklagten Beschwerden verantwortlich. Im Übrigen seien solche Dysfunktionen häufig auch bei unfallfreien Probanden anzutreffen und nicht zwingend symptomatisch (Urk. 15/M21 S. 4).

3.15. Zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstattete Prof. Dr. F. am 28. Mai 2010 ein neurologisches Gutachten (Urk. 15/M22). Mit Ausnahme eines Muskelhartspanns der Nackenmuskulatur beidseitig (unterer Nackenbereich leichten Ausmasses, mittlerer Nackenbereich mittelgradig, oberer Nackenbereich leichten Ausmasses) erhob dieser einen weitgehend unauffälligen neurologischen Befund (Urk. 15/M22 S. 17-18) und berichtete in Zusammenfassung der Befunde von einem leichten bis mittelgradigen cervicovertebralen Syndrom. Als unfallassozierte Diagnose nannte der Gutachter einen Status nach HWS-Beschleunigungstrauma (27.6.2008) mit chronischem cervicocephalem Syndrom bei Verdacht auf Schmerzmittelüberkonsum-induzierten Kopfschmerzen sowie mit subjektiv kognitiven Defiziten. Das (anamnestisch erhobene) Thoracic outlet Syndrom links sei aktuell ohne neurologisches Korrelat/Ausfallsymptomatik (Urk. 15/M22 S. 18). In Bezug auf das vom Rheumatologen Dr. D. erstattete Gutachten hielt Prof. Dr. F. unter anderem dafür, dieses beruhe auf einer unvollständigen Diagnoseliste (keine Kopfschmerzdiagnose) und gebe keinen Aufschluss über mögliche Therapieoptionen (Urk. 15/M22 S. 24). Die Nacken- und Kopfschmerzen betreffend sei ein wesentlicher, die Unfallkausalität beeinflussender Vorzustand zu verneinen. Mit Blick auf die gängige Rechtsprechung sei sodann eine leichte Muskelverspannung nicht als objektivierbare Störung anzusehen. Bestehe hier jedoch ein beidseits mittelgradig ausgeprägter Muskelhartspann, so liege dem cervicocephalen Syndrom eine objektivierbare beziehungsweise organische Störung zugrunde. Mithin sei das Unfallereignis vom 27. Juni 2008 als überwiegend wahrscheinlich oder zumindest als Teilursache des cervicocephalen Syndroms zu betrachten. Auch der Analgetikaüberkonsum sei als unfallkausal zu werten. In Bezug auf die angegebenen neuropsychologischen Defizite könne schliesslich vor einem Analgetikaentzug keine Aussage gemacht werden (Urk. 15/M22 S. 26). Eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit sei damit verfrüht. Sollte sich jedoch am Ausmass der Beschwerden nichts ändern, so sei längerfristig von einer Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % auszugehen (Urk. 15/M22 S. 27).

E. 4

4.1. Strittig ist, ob der Beschwerdeführer unfallbedingt in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Entgegen dessen Vorbringen (E. 1.2) ergeben sich keine Gründe, von der Einschätzung der Gutachter Dres. C. (E. 3.11) und D. (E. 3.13), welche von einer vollständig wiedererlangten Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit ausgingen, abzuweichen. Das neurologische wie auch das rheumatologische Gutachten beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und liefern nachvollziehbare Schlussfolgerungen, womit sie den an eine beweiskräftige Expertise gestellten Anforderungen (E. 2.4) genügen. Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. C. aktenkundig machte, er habe die anfänglich hohe Zahl von täglich bis zu sechs Schmerzmitteltabletten im Verlauf reduzieren können (E. 3.11), sowie in Anbetracht der von der Beschwerdegegnerin bezahlten Schmerzmedikamente (Urk. 2 S. 13: vom 30. Juni 2008 bis zum 28. August 2009 bezahlte der Unfallversicherer 10 Stück Tramal 100mg, 260 Stück Ecofenac 75mg, 212 Stück Dafalgan 1g, 10 Stück Novalgin, sowie 20 Stück Irfen 600) vermag die Kritik von Prof. Dr. F., es habe vor einer endgültigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein Schmerzmittelentzug stattzufinden (E. 3.14), nicht durchzudringen. Sodann fällt ins Gewicht, dass Prof. Dr. F. einen neurologisch weitgehend unauffälligen Befund erhob, selber von einer langfristigen Arbeitsfähigkeit von (zumindest) 70 % ausging und am Bestehen kognitiver Ausfälle Vorbehalte anzubringen schien (vgl. den Hinweis, dass erst nach einem Schmerzmittelentzug beurteilt werden könne, ob überhaupt kognitive Ausfälle beständen, Urk. 15/ M22 S. 26). Vor diesem Hintergrund ist seine Einschätzung nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung zu erschüttern. Soweit der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung von Dr. J. verwies (Urk. 1 S. 4), ist festzuhalten, dass es an einer Begründung für eine Leistungseinschränkung im Umfang von 50 % mangelt (E. 3.10). Unter Berücksichtigung dessen, dass Dr. J. in seinem ersten Bericht eine Arbeitsunfähigkeit einzig unter „Sozialanamnese“ auführte (E. 3.8) und sich im letzten Bericht vom 11. Mai 2009 nicht mehr zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äußerte (E. 3.12), liegt es nahe, davon auszugehen, dass die Angabe von Dr. J. im Bericht vom 19. März 2009 (E. 3.10) vorwiegend auf den Angaben des Beschwerdeführers fusste. Anlass dafür, nicht auf die Einschätzung von Dr. C. und Dr. D. abzustellen, ergibt sich damit jedenfalls ebenso wenig wie mit Blick auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag, wonach es nicht Sache des behandelnden Arztes sein kann, in umstrittenen Fällen verbindlich zur Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2011, 9C_152/ 2011).

Mithin ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Informatiker seit Frühjahr 2009 wieder vollumfänglich zumutbar ist.

4.2

4.2.1 Selbst wenn jedoch - entgegen der gutachterlichen Einschätzung der Dres. C. und D. - eine unfallbedingte Leistungseinschränkung noch gegeben und der natürliche Kausalzusammenhang der geklagten Beschwerden zum Unfallereignis vom 27. Juni 2008 zu bejahen wäre, fehlte es am hierfür notwendigen adäquaten Kausalzusammenhang (E. 2.3).

4.2.2 Es ist augenfällig, dass sich die nach dem Kart-Zusammenstoß geklagten Beschwerden nicht einem organischen Korrelat zuordnen lassen. Weder aus neurologischer

noch aus rheumatologischer Sicht ergaben sich Hinweise auf eine (physische) Pathologie (E. 3.4, E. 3.7). Anhaltspunkte für eine psychiatrisch erhebliche Erkrankung fehlen. Entgegen der Ansicht von Prof. Dr. F.____ (E. 3.14) ist auch ein muskulärer Hartspann - unabhängig davon, ob leichten oder mittleren Ausmasses - nicht als objektivierbare Schädigung zu werten, lassen sich solche doch nicht mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestärken (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2009, 8C_802/2008, E. 4.1). Mithin hat die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs der - ohne unfallbedingtes objektivierbar und fassbares organisches Substrat - noch geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 27. Juni 2008 nach der oben in E. 2.3.2 zitierten, mit BGE 117 V 359 und mit BGE 134 V 109 ff. weiterentwickelten Rechtsprechung zu erfolgen.

4.2.3.1 Ausgangspunkt für die Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv fassbare) Unfallereignis, wobei abhängig von der Unfallschwere je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen sind (E. 2.3.2). Zum Unfall war es nach Angaben des Beschwerdeführers gekommen, als sein Kart in die seitliche Abtrennung geraten und dabei zum Stillstand in einer Kurve gekommen war. Eine erste seitliche Kollision mit einem nachfolgenden Kart war von einer zweiten Kollision gefolgt, wobei das dritte Fahrzeug das zweite hinten links touchiert habe und nachfolgend in den Kart des Beschwerdeführers geprallt sei. Dieser zweite Zusammenstoss sei für die unfallbedingte Schädigung verantwortlich (Urk. 15/A35). Denselben Unfallhergang beschrieb auch K.____, dessen Kart zuletzt mit demjenigen des Beschwerdeführers kollidiert war (Urk. 15/A37).

4.2.3.2 Im Strassenverkehr werden Auffahrkollisionen auf ein stehendes Fahrzeug regelmässig in die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingereiht (vgl. statt vieler: RKUV 2005 NR. U 549 S. 236). Davon abzuweichen besteht vorliegend unter Berücksichtigung des Geschehensablaufs und der Rechtsprechung (vgl. für Beispiele von mittelschweren Unfällen im engeren Sinn: Urteil des Bundesgerichts vom 15. Februar 2011, 8C_617/2010, E. 3.2.2) kein Anlass, umso weniger, als der Beschwerdeführer selber die Kollisionsgeschwindigkeit als nicht bekannt bezeichnete (Urk. 1 S. 13,15). Soweit er auf seine Kopfhaltung im Zeitpunkt des Aufpralls verwies (Urk. 1 S. 15), kann dieses Vorbringen allenfalls beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung Berücksichtigung finden (vgl. SVR 2007 UV Nr. 26 S. 89 E. 5.3; BGE 134 V 109 S. 128 E. 10.2.2). Mithin wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft und auffallender Weise gegeben wären (BGE 117 V 359 S. 367 E. 6.b).

4.2.4.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit ist offensichtlich nicht gegeben. Ebenso fehlt es an der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, führt doch allein die Diagnose einer HWS-Distorsion nicht zur Bejahung des Kriteriums (BVG 134 V 109 S. 127 E. 10.2.2). Die vom Beschwerdeführer behauptete besondere Körperhaltung (abgedrehter Kopf) ist nicht belegt und würde für sich alleine auch nicht genügen (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 89 E. 5.3). Weitere, neben dem Schleudertrauma erlittene, erhebliche Verletzungen zog sich der Beschwerdeführer aktenkundig nicht zu. Fortgesetzte, spezifische und den Beschwerdeführer belastende, ärztliche Behandlungen wurden

keine durchgefÃ¼hrt. Die vorwiegend diagnostischen Zwecken dienenden AbklÃ¤rungen sowie der Versuch verschiedener TherapieansÃ¤tze vermÃ¶gen das Kriterium nicht zu erfÃ¼llen.

BezÃ¼glich des Kriteriums der erheblichen Beschwerden ist nur auf glaubhafte, erhebliche Beschwerden ohne wesentlichen Unterbruch zwischen Unfall und dem Fallabschluss abzustellen (E. 2.3.2). Angesichts dessen, dass die Ãrzte Dres. A.____ (E. 3.2) und B.____ (E. 3.5) die vollstÃ¤ndige Wiederaufnahme der Arbeit bereits im August 2008 beziehungsweise im September 2008 als zumutbar erachtet hatten und ihrer Beurteilung damit keine erheblichen Schmerzen (mehr) zugrunde gelegt haben dÃ¼rften, sowie unter BerÃ¼cksichtigung der dem BeschwerdefÃ¼hrer verbleibenden Ressourcen (vgl. E. 3.13) ist dieses Kriterium - wenn Ã¼berhaupt - hÃ¶chstens in nicht ausgeprÃ¤gter Weise erfÃ¼llt.

Dass eine Fehlmanipulation erfolgt wÃ¤re, ist entgegen dem entsprechenden Vorbringen des BeschwerdefÃ¼hrers (Urk. 1 S. 16) nicht belegt. Sodann liegen weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen vor.

Nicht erfÃ¼llt ist schliesslich das Kriterium von Grad und G.____er der ArbeitsunfÃ¤higkeit. Nachdem unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis vom 27. Juni 2008 keine ArbeitsunfÃ¤higkeit und ab dem 19. Juli 2008 eine solche im Umfang von bloss 50 % (E. 3.2) bestand (E. 3.1) und die Dres. A.____ und B.____ die vollstÃ¤ndige Wiederaufnahme der bisherigen TÃ¤tigkeit ab 12. August 2008 (E. 3.2) beziehungsweise ab 12. September 2008 (E. 3.5) als (voraussichtlich) zumutbar erachtet hatten, war dem BeschwerdefÃ¼hrer spÃ¤testens ab FrÃ¼hjahr 2009 eine vollstÃ¤ndige ArbeitsfÃ¤higkeit (E. 3.11) mÃ¶glich.

4.2.5Ã Damit liegt bloss eines der massgeblichen Kriterien in nicht ausgeprÃ¤gter Weise vor, was rechtsprechungsgemÃ¤ss nicht genÃ¼gt. Mithin mangelt es an der AdÃ¤quanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 27. Juni 2008 und der vom BeschwerdefÃ¼hrer noch geklagten Beschwerden.

Zusammenfassend ergibt sich, dass dem BeschwerdefÃ¼hrer seine angestammte TÃ¤tigkeit uneingeschrÃ¤nkt zumutbar ist, beziehungsweise dass es allfÃ¤lligen unfallbedingten Restfolgen am adÃ¤quaten Kausalzusammenhang fehlt. Der angefochtene Entscheid ist damit rechtens und die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1.Ã Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Ã Das Verfahren ist kostenlos.

3.Ã Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Matthys Hausherr

- RechtsanwÃltin Dr. Kathrin HÃ¤ssig

- Bundesamt fÃ¼r Gesundheit

4.Ã 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 Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend 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).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

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

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÄ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÄ¼hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄ¼nden hat (Art. 42 BGG).

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