

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00354 vom 13. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00354

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00354 du 13 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00354 del 13 marzo 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Dr. Z., Chiropraktor SCG, ECU, gab im Bericht vom 10. Dezember 2008 (Urk. 11/M4) an, er habe den Beschwerdeführer im Zeitraum vom 13. März 2006 bis 22. September 2008 wegen Kopfschmerzen, Vertigo, massiven Verspannungen und einer Lumboischialgie links behandelt (Ziff. 1 und 2). Als Diagnosen nannte er Dysfunktionen der oberen Kopfgelenke mit assoziierten tendomyotischen Veränderungen, ein zervikozephaleres Schmerzsyndrom und eine Wurzelirritation S1 bei Diskushernie (DH) L5/S1 links (Ziff. 3). Die Wurzelirritation sei vollständig gebessert, betreffend das zervikozephalere Schmerzsyndrom habe eine gute Besserung der Beschwerden stattgefunden, es komme aber immer wieder zu Rezidiven (Ziff. 4).

3.2. Am 12. Oktober 2008 erlitt der Beschwerdeführer auf der Autobahn in A. einen Auffahrunfall, nachdem er wegen eines Staus angehalten hatte (Urk. 8/M4 Ziff. 5-6). Das am 7. Juli 2009 erstattete unfallanalytische Gutachten ergab für das Fahrzeug des Beschwerdeführers eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) zwischen 11.4 und 16.6 km/h (Urk. 11/35 S. 6).

Der erstbehandelnde Dr. med. B., Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma über die am 16. Oktober 2008 erfolgte Untersuchung (Urk. 11/M1). Dabei nannte er folgende Diagnose (Ziff. 7): HWS-Distorsion mit QTF-Grad II (Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde). Er berichtete, die Beweglichkeit der HWS sei schmerzbedingt eingeschränkt, die neurologische Untersuchung normal gewesen (Ziff. 6a und 6c). Die Röntgenuntersuchung habe keine Fraktur, jedoch eine Steilstellung der Wirbelsäule ergeben (Ziff. 6g).

3.3. Dr. med. C., Facharzt FMH für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 9. Dezember 2008 (Urk. 11/M5) als Diagnose ein posttraumatisches zerviko-zephaleres Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 12. Oktober 2008 (S. 1 Mitte). Als relevante Befunde bezeichnete er eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle hätten sich keine gefunden, so dass eine Verletzung am Nervensystem wenig wahrscheinlich sei. Der Beschwerdeführer beklage allerdings erhebliche Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, so dass eine minimale Hirnschädigung vorläufig nicht ausgeschlossen sei (S. 3 Mitte).

3.4. Dr. B. nannte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2008 (Urk. 11/M6) als Diagnosen eine HWS-Distorsion im Sinne eines muskulären posttraumatischen Schleudertraumas und ein posttraumatisches psychisches Belastungssyndrom (S. 1 Ziff. 1).

Er fÄ¼hrte aus, er halte eine frÄ¼hzeitige psychiatrische Exploration fÄ¼r dringend notwendig (S. 1 Ziff. 6). Die ArbeitsunfÄ¼higkeit vom 16. Oktober 2008 bis zum heutigen Zeitpunkt begrÄ¼nde sich vor allem aufgrund der psychischen Problematik inklusive GedÄ¼chtnisstÄ¼rungen und KonzentrationsstÄ¼rungen (S. 2 oben).

3.5Ä¼Ä¼Ä¼ Dr. C.____ fÄ¼hrte in seinem Bericht vom 6. Januar 2009 (Urk. 11/M7) aus, bei subjektiv stationÄ¼rem Verlauf sei der Untersuchungsbefund doch etwas besser geworden. Leicht verbessert habe sich die Beweglichkeit der HWS und auch der Palpationsbefund sei etwas zurÄ¼ckgegangen, mit einer noch mÄ¼ssig verdickten und druckdolenten Nacken- und Schultermuskulatur. Er teile den Verdacht eines posttraumatischen Belastungssyndroms (S. 2 Mitte).

3.6Ä¼Ä¼Ä¼ Med. pract. D.____, Facharzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Bericht vom 27. Januar 2009 (Urk. 11/M8) an, es hÄ¼tten bis dahin drei Konsultationen stattgefunden. UnabhÄ¼ngig davon, dass er eher nicht an ein posttraumatisches Belastungssyndrom glaube, wÄ¼rde er nur schon aus versicherungstechnischen GrÄ¼nden eine ausfÄ¼hrliche radiologische AbklÄ¼rung empfehlen (S. 1 unten).

3.7Ä¼Ä¼Ä¼ Dr. med. E.____, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, erstattete am 6. Februar 2009 Ä¼ber seine als Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin durchgefÄ¼hrte Untersuchung Bericht (Urk. 11/M10). Dabei nannte er folgende Diagnosen (S. 2 unten):

- lokalisierte myofasziale Triggerpunktbildung rechts parazervikal bei
- reversibler partieller Bewegungshemmung C0-C3 links ohne Hinweise fÄ¼r eine HypermobilitÄ¼t oder InstabilitÄ¼t
- Streckhaltung der HWS

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Dr. E.____ fÄ¼hrte aus, es habe sich nicht um ein richtungsweisendes Ereignis gehandelt, ohne Hinweise fÄ¼r eine traumatisch bedingte strukturelle SchÄ¼digung oder fÄ¼r eine stattgefundene Commotio cerebri respektive retrograde Amnesie. Die unfallbedingte Therapie sei noch nicht ausgeschÄ¼pft, es bestehe mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit eine natÄ¼rliche UnfallkausalitÄ¼t. 3 bis maximal 4 Monate nach Beginn einer myofaszialen Triggerpunkttherapie sei die unfallbedingte Therapie jedoch ausgeschÄ¼pft und der Status quo sine und ante erreicht (S. 3 Mitte).

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Die ArbeitsunfÄ¼higkeit betrage weiterhin 50 % fÄ¼r die ersten 4 Wochen nach Therapiebeginn; ab Mitte MÄ¼rz 2009 betrage die ArbeitsfÄ¼higkeit 75 % und ab Mitte April 2009 100 % (S. 3 unten).

3.8Ä¼Ä¼Ä¼ Ein upright MRI des kraniozervikalen Ä¼bergangs und der HWS in verschiedenen Positionen vom 11. Februar 2009 (Urk. 11/M9) zeigte eine transligamentÄ¼re mediale Diskushernie C4/5 mit leichter Myelonkompression sowie eine breitbasige dorsale Hernierung der Bandscheibe C5/6 (S. 1 unten). In allen Ä¼brigen Segmenten einschliesslich C0-C2 waren keine pathologischen VerÄ¼nderungen feststellbar (S. 2 oben).

3.9Ä¼Ä¼Ä¼ Am 6. April 2009 fand eine neuropsychologische Untersuchung im UniversitÄ¼tsspital ZÄ¼rich statt. Im entsprechenden Bericht wurde angegeben, im Vordergrund hÄ¼tten Konzentrationsdefizite und damit einhergehende Probleme im Fehlermonitoring gestanden. Alle anderen geprÄ¼ften kognitiven Funktionen,

insbesondere das Gedächtnis, seien unauffällig gewesen. Die aufgeführten Defizite seien aus neuropsychologischer Sicht am ehesten im Rahmen des HWS-Traumas zu interpretieren. Zusätzlich seien sie wahrscheinlich durch die Schmerzproblematik mitbedingt (Urk. 11/M17 S. 2 unten).

Med. pract. D. ___ gab im Bericht vom 29. April 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin an, die Krisenintervention sei beendet; er diagnostizierte eine Anpassungsstörung (Urk. 11/M18).

Dr. C. ___ gab im Bericht vom 23. September 2009 (Urk. 11/M24) an, dass sich im Beschwerdebild seit Januar 2009 wenig gebessert habe. Es beständen nach wie vor Nacken- und Kopfschmerzen sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig, womit er sich an der Leistungsgrenze fühle; bei Mehrbelastungen nahmen die Beschwerden sofort zu (S. 1 unten). Zudem beständen absenzartige Zustände, welche wahrscheinlich im Rahmen des Schmerzsyndroms zu interpretieren seien (S. 3).

Am 2. Februar 2010 rutschte der Beschwerdeführer auf dem nassen Badezimmerboden aus und stürzte (Urk. 12/1).

Die Erstbehandlung erfolgte am 5. Februar 2010 durch Dr. C. ___, der Prellungen an Kinn und Nase, am linken Knie und Ellbogen sowie eine Zahnverletzung (Urk. 12/M2 Ziff. 5) beziehungsweise Prellungen an Kinn und Nase sowie am linken Knie und am linken Ellbogen (Urk. 12/M3 S. 1) diagnostizierte.

Im Bericht vom 12. Februar 2010 (Urk. 11/M26) führte Dr. C. ___ aus, der Sturz habe eine deutliche Zunahme der vorbestehenden, vom HWS-Trauma herrührenden Nacken- und Kopfschmerzen, mit auch vermehrtem Auftreten von Schwindel, bewirkt (S. 2 oben). Verschlechtert habe sich die Beweglichkeit der HWS (S. 2 unten). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiter 50 % (S. 3).

Dr. E. ___ führte am 28. Mai 2010 aus, das bagatellartige Ereignis vom 2. Februar 2010 könne höchstens 3 Monate eine vorübergehende Verschlechterung begründen und erachtete den Status quo sine Anfang Mai 2010 als erreicht (Urk. 11/M29 S. 2).

Am 22. Februar 2010 erstatteten Dr. med. F. ___, Facharzt FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, Dr. med. G. ___, Facharzt FMH Neurologie, und Prof. Dr. med. H. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle I. ___, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/M27). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 11 ff.) und die von ihnen am 18. Oktober sowie 13. und 20. November 2009 (S. 2 oben) erhobenen Befunde.

Als Angaben des Beschwerdeführers wurde berichtet, er beschreibe seine Schmerzen als Verkrampfung links seitlich des Nackens; das grosse Problem für ihn sei eine Verlangsamung, die ihn im Alltag behindere (S. 11 Ziff. 2.1).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34 Ziff. 6, S. 35 f. Ziff. 4):

- primäre (genetisch vermittelte) Diskusdegenerationen C4/5 und C5/6 sowie L5/S1
- intermittierend symptomatisch in Form von zervikozephalen, zervikospondylogenen und selten zervikoradikulären respektive lumboradikulären Beschwerden

- Verdacht auf sich entwickelnde, diffuse, idiopathische, skelettale Hyperostosen (DISH) assoziiert mit einem zu vermutenden metabolischen Syndrom, möglicherweise mit ein Grund für spondylogene Beschwerden sowohl zervikal wie auch lumbal

- Übergewicht

- arterielle Hypertonie

- Diabetes mellitus Typ 2

- aktenkundig Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung nicht nachweisbar; aktenkundig Hinweis auf phobische Tendenzen in der Anamnese, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung autoanamnestisch nicht angegeben; aktenkundig mittelschwere Konzentrationsstörung und mittelgradige figurale Flüssigkeit multifaktorieller Ursache

- Zustand nach Auffahrkollision am 12. Oktober 2008 mit HWS-Distorsion Grad II QTF

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, es lasse sich keine psychische Störung nachweisen (S. 48 Ziff. 6.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner führten die Gutachter aus, rund 5-6 Monate (allenfalls maximal 8 Monate) nach dem Unfall vom 12. Oktober 2008 ständen keine Beschwerden mehr überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang beziehungsweise sei die vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes abgeschlossen gewesen (S. 37 Ziff. 6.1). Der Status quo sine sei dann erreicht gewesen (S. 37 f. Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Zeitpunkt der Untersuchungen könnten - zumal ohne einen objektivierbaren Befund an der HWS - keine die Arbeitsfähigkeit limitierenden Beschwerden angenommen werden, und auf diesem Befund basierend sei dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (S. 38 f. Ziff. 7). Unfallkausal bestehe bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Devisenhändler (S. 40 f. Ziff. 7.2) und bezogen auf andere Tätigkeiten (S. 41 Ziff. 7.3) keine Einschränkung.

3.12 Ä Ä Ä Am 9. März 2011 erstatteten Dr. med. J. ____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. K. ____, Facharzt für Orthopädie FMH, Frau Dr. L. ____, Neuropsychologie, und Dr. med. M. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Gutachtenstelle N. ____, (N. ____), ein Gutachten im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 17). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 19 f., S. 21, S. 27, S. 40, S. 51) und die von ihnen erhobenen Befunde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als vom Beschwerdeführer aktuell angegebene Beschwerden wurden genannt: ständig Schmerzen und Verspannungen Nacken rechts und Schulter rechts, lumbale Schmerzen bei längerem Sitzen, sehr wenig beim Stehen; manchmal seien die Nackenschmerzen sehr stark und führten zu Übelkeit (S. 20 Ziff. 6). Der Beschwerdeführer beklage keine eigentlichen Kopfschmerzen, allenfalls Ausstrahlungen in den Hinterkopf, jedoch drückten die Schmerzen auf seine Moral. Hinsichtlich Konzentration, kognitive Funktionen etc. sei der Beschwerdeführer verlangsamt, d.h. er könne nicht mehr als eine Stunde am Stück arbeiten, er müsse dann eine Pause machen (S. 20). Seine momentan realisierbare Präsenzzeit am Arbeitsplatz betrage 5 bis 5 ½ Stunden (S. 28 Ziff. 7 B.3).

Im Rahmen der interdisziplinären integrativen Beurteilung wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 58 Ziff. 8.1, S. 66 Ziff. 4):

- neurologisch: Status nach Auffahrkollision am 12. Oktober 2008 mit HWS-Distorsion mit hauptsächlich rechtsseitiger muskulo-skelettaler Lokalisation mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik und Funktionseinschränkung, sowie mit neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik, ohne zentrale oder periphere Ausfallserscheinungen; Lumbovertebralsyndrom

- neuropsychologisch: insgesamt leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich tieferer Strukturen (Hirnstamm) unter Einbezug präfrontaler Strukturen mit Schwerpunkt in der linken Hemisphäre

- orthopädisch: chronisches rechtsbetontes zerviko-thorakales Syndrom nach HWS-Schleudertrauma Oktober 2008; lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS, unfallfremd

- psychiatrisch: Es lässt sich keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert stellen

Weiter wurde ausgeführt, mit Ausnahme der LWS-Beschwerden, welche nicht vordergründig seien, seien die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen (S. 67 Ziff. 5.1).

Der Beschwerdeführer sei durch die interdisziplinäre Beurteilung 50 % arbeitsfähig, eine Verbesserung könne mittels vorgeschlagener Therapie - detonisierende Behandlung der rechtsseitigen Muskulatur mit Botox sowie neuropsychologisches Training (S. 64 unten) - erzielt werden. Ein Endzustand sei nicht erreicht (S. 65 Ziff. 8.5).

Am 14. Juni 2011 nahmen die Ärzte der I. zum N.-Gutachten Stellung (Urk. 23/2).

Sie legten dar, dass Schwimmen und Klavierspielen - im N.-Gutachten als Hobbys des Beschwerdeführers angegeben (Urk. 17 S. 19 Ziff. 3) - und die subjektiven Beeinträchtigungen (Nackenschmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit) nicht zusammenpassten; dennoch werde zusammenfassend eine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität postuliert (S. 4 f.).

Sie wiesen sodann darauf hin, dass die vom neurologischen und vom orthopädischen Teilgutachter erhobenen Werte zur HWS-Beweglichkeit erheblich voneinander (wie auch von übereinstimmenden früheren Befunden) abwichen (S. 5), was die Frage der Zuverlässigkeit der erhobenen klinischen Befunde aufwerfe (S. 6 oben). Auch die seitens der beiden Fachmediziner gestellten Diagnosen differierten (S. 6).

Zur neuropsychologischen Beurteilung wurde unter anderem ausgeführt, es fehle an einer Erklärung dafür, dass es im Vergleich zur 2009 erfolgten Testung - und im Widerspruch zu fremdanamnestischen Angaben - zu einer Verschlimmerung gekommen sei (S. 12 oben). Die neuropsychologische Lokalisierung (Hirnstamm) kontrastiere mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer durch das Trauma vom 12. Oktober 2008 keinesfalls eine strukturelle Störung des Hirnstammes wie auch von anderen Hirnarealen erlitten haben könne; vom neurologischen Gutachter werde die funktions-lokalisatorische Diagnostik nicht thematisiert, sondern unkommentiert übernommen (S. 13).

Im N.____-Gutachten werde die Verminderung der Arbeitsfähigkeit de facto ausschliesslich mit den postulierten kognitiven Defiziten begründet, dies jedoch ohne entsprechende Diskussion, insbesondere der - nicht zu rechtfertigenden - Annahme von strukturellen Hirnveränderungen (S. 14 Mitte). Die berichteten aktuellen beruflichen Leistungen des Beschwerdeführers erforderten eine wesentlich höhere kognitive Leistungsfähigkeit als die aufgrund der erfolgten Testung attestierte (S. 14 f.).

Zusammenfassend beurteilten die I.____-Gutachter das N.____-Gutachten als nicht schlüssig und dessen Schlussfolgerungen als weder klar begründet noch nachvollziehbar (S. 19 Ziff. 1). Die Ausführungen im N.____-Gutachten seien ferner ohne erkennbaren Bezug auf den gesundheitlichen Vorzustand des Beschwerdeführers erfolgt (S. 19 f. Ziff. 3). Die von der Neuropsychologin postulierte leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung sei aufgrund der referierten Resultate nicht belegt, und typische kognitive Beschwerden im Anschluss an eine HWS-Distorsion gebe es nicht (S. 20 f. Ziff. 5).

Richtig sei der Hinweis, dass kein Diabetes mellitus vorliege; diese Diagnose sei in Betracht gezogen und dann versehentlich in die Liste aufgenommen worden (S. 21 Ziff. 6).

Betreffend das Beschwerdebild, das der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 12. Oktober 2008 entwickelt habe, werde an den Ausführungen im Gutachten vom Februar 2010 aber ausdrücklich und uneingeschränkt festgehalten (S. 21 Ziff. 7).

E. 4

4.1 Die beiden Gutachten unterscheiden sich hauptsächlich hinsichtlich der Beurteilung der Unfallkausalität von noch bestehenden Beschwerden und hinsichtlich der attestierten Arbeitsunfähigkeit.

Auf die Differenz betreffend Unfallkausalität muss nicht näher eingegangen werden: Da der Unfall unbestrittenmassen eine HWS-Distorsion zur Folge gehabt hat, keine strukturellen Verletzungen nachgewiesen sind und das rechtsprechungsgemässe typische Beschwerdebild zumindest teilweise angenommen werden kann, ist die Frage des rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs im Rahmen der Adäquanzprüfung zu beantworten (vorstehend E. 1.3), ohne dass die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs entschieden werden muss.

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist das I.____-Gutachten dem N.____-Gutachten eindeutig überlegen. Letzteres leidet an den inhaltlichen Mängeln, die von den I.____-Gutachtern einlässlich und differenziert aufgezeigt wurden (vorstehend E. 3.13), was keiner Wiederholung bedarf. Entscheidend ist dabei, dass im Rahmen der N.____-Begutachtung unbesehen auf die neuropsychologische Beurteilung, die auf Testergebnissen basierte, die unter dem lagen, was der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz zu leisten vermag, abgestellt wurde. Von fachärztlich-neurologischer Seite wurden die neuropsychologischen Feststellungen nicht etwa kritisch gewürdigt, sondern kommentarlos übernommen.

4.2 Im Hinblick auf die Adäquanzprüfung ist die Schwere des Unfallereignisses zu bestimmen. Das Fahrzeug des Beschwerdeführers stand im Kollisionszeitpunkt still (vorstehend E. 3.2), womit das Ereignis den Auffahrnollen

vergleichbar ist, die praxisgemäss als mittlere an der Grenze zu den leichten Unfällen eingeordnet werden (SVR 2010 UV Nr. 10 E. 4.2.2).

4.3 Hinweise auf irgendwelche besonders dramatischen Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind nicht aktenkundig; es handelt sich vielmehr um einen ganz gewöhnlichen Auffahrunfall.

Der Beschwerdeführer hat sich sodann beim Unfall eine HWS-Distorsion und keine weiteren, schon gar keine schweren oder besonders gearteten Verletzungen, zugezogen.

Die im Anschluss an den Unfall bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses dokumentierte Behandlung bewegte sich in den in solchen Fällen gängigen Bahnen und stellte keine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung dar.

Zwar ist nicht zu verkennen, dass der Beschwerdeführer selber durchaus Beschwerden beklagt. Angesichts des Ausmasses der Einschränkungen, die alltagsbezogen daraus resultieren, handelt es sich aber nicht um erhebliche Beschwerden im Sinne der Rechtsprechung.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen ebenso wenig Anhaltspunkte wie für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen.

Gemäss der Beurteilung im I.-Gutachten besteht an sich eine volle Arbeitsfähigkeit. Auch das vom Beschwerdeführer effektiv realisierte Pensum von 5 bis 5 1/2 Stunden pro Tag ist Ausdruck einer sehr nennenswerten Arbeitsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz - hier gegebener - ausgewiesener Anstrengungen gesprochen werden.

Keines der praxisgemässen Kriterien ist erfüllt (vorstehend E. 4.3). Damit ist die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges klar zu verneinen.

Demzufolge fehlt im strittigen Zeitpunkt ein rechtsgültiger Kausalzusammenhang zwischen dem erlittenen Auffahrunfall und allfällig noch bestehenden Beschwerden. Damit endet die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.