

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00131 vom 17. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00131

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00131 du 17 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00131 del 17 novembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Der Anspruch auf die vorübergehenden UV-Leistungen Heilbehandlung (Art. 10 UVG) und Taggeld (Art. 16 f. UVG) setzt nach Gesetz und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des

unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1, 134 V 109 E. 4).

Namhaft im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG ist eine noch zu erwartende Besserung des Gesundheitszustandes dann, wenn sie zur Wiederherstellung oder zumindest zu einer substantziellen Steigerung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit führt (BGE 134 V 109 E. 4.3).

E. 1.2

Die rechtlichen Bestimmungen wie auch die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht der Unfallversicherung vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden wurden im Urteil des hiesigen Gerichts und des Bundesgerichts umfassend dargestellt (Urk. 7/186 E. 2.1-3, Urk. 7/194 E. 2.1-2). Darauf wird verwiesen.

E. 1.3

3).

Zu bemerken bleibt, dass sich das Bundesgericht im Urteil vom 19. Dezember 2008 mit der Adäquanz der Beschwerden zum Unfall befasst und diese bejaht hat. Dies genügt jedoch für die Annahme einer unüberwindbaren Arbeitsfähigkeit nicht, weshalb der Beschwerdeführer aus dem Hinweis auf eine unzulässige Vermischung oder Verwechslung der Frage der Adäquanz einerseits und der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung andererseits (Urk. 1 S. 15) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag. 4. 3

Die Invalidenversicherung hat dem Beschwerdeführer verfügungsweise ab Februar 2004 verschiedene abgestufte Invalidenrenten zugesprochen (Urk. 7/230, Urk. 7/257). Aus dem aufliegenden Verfügungsteil 2 geht nicht hervor, dass die IV-Stelle die Frage der Überwindbarkeit geprüft hätte (Urk. 7/257/3-4).

Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG wäre dies eine Abklärung bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, worunter wie gesagt auch HWS-Verletzungen zu begreifen sind (vgl. vorstehende E. 1.3.3), für die Begründung einer Erwerbsunfähigkeit unabdingbar gewesen beziehungsweise laut

lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision) nachzuholen.

Mangels entsprechenden invalidenversicherungsrechtlichen

Erhebungen

steht die Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs einer eigenen Prüfung des Invaliditätsgrades durch den Unfallversicherer daher nicht

entgegen.

5. 5. 1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in Bezug auf psychogene Schmerzzustände und der damit verbundenen Beweisschwierigkeiten setzt die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich eine fachärztliche, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus. Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbietung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft zumutbar ist (BGE 130 V 352 E. 2.2.5).

Diese beweisrechtlichen Grundsätze gelten auch, wenn zu klären ist, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierende Wirkung haben soll (BGE 136 V 279 E. 3.2.3).

Mithin ist bei organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden, die natürlich- und adäquatkausal auf einen Schleudertrauma-Mechanismus zurückzuführen sind, abzuklären, ob eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer und die von der Praxis alternativ umschriebenen Kriterien vorliegen, welche die Schmerzbewältigung objektiv konstant und intensiv behindern können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_79/2013 vom 25. Juli 2013 E. 4.2.2 mit Hinweisen). 5. 2

Das Bundesgericht hat im Urteil vom 19. Dezember 2008 verbindlich festgehalten, dass im Lichte der fachärztlichen Beurteilungen die fünf Auffahrunfälle weder zu organischen im Sinne von strukturellen, bildgebend nachweisbaren Verletzungen geführt haben, noch dadurch neurologisch objektivierbare Ausfallerscheinungen bewirkt wurden (Urk. 7/194 E. 3.2). Das Vorliegen von anspruchsbegründenden unfallkausalen somatischen Einschränkungen ist daher von vornherein zu verneinen.

Davon ausgehend überzeugt

die Einschätzung der A.____-Gutachter, aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur nicht eingeschränkt, in jeder Hinsicht. Die abweichende Einschätzung der Fachärzte des G.____

vermag daran keine Zweifel zu erwecken, denn die von ihnen bereits aus somatischer Sicht attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/460/6) stützt sich offensichtlich auf - in der Diagnoseliste beschriebene - degenerative, auf den bildgebenden Untersuchungen erkennbare Veränderungen des Rückens , welche als unfallfremd ausser Acht zu bleiben haben . Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, wie die in somatischer Hinsicht attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/420/10 unten) in Einklang zu bringen ist mit der Feststellung

der

G.____-Fachärzte, die Lumboischialgien und das cervicoccephale Syndrom seien bildgebend nur ungenügend erklärt (Urk. 7/420/9).

Ebenso wenig entkräftet

das Z.____-Gutachten die Einschätzung der A.____ Gutachter . Denn

die zurückhaltendere Einschätzung der Z.____-Gutachter , welche die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten - worunter auch die angestammte Tätigkeit als Chauffeur zu begreifen ist - auf 70 % veranschlagten, trug auch den von ihnen erhobenen , bildgebend ersichtlichen , aber hier nicht massgeblichen

Krankheitsbildern (Osteochondrose , Diskushernie, Spondylarthrose) Rechnung (Urk. 7/225/32-35).

Es bleibt daher im Folgenden zu prüfen, ob die über den 28. Februar 2013 hinaus fortbestehenden, nach HWS-Verletzungen spezifischen Störungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle mit dem typischen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen vermögen. Denn allein aus dem Fehlen organisch nachweisbarer Befunde lässt sich nicht direkt auf uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schliessen. Vielmehr stellt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung dieser Leiden (BGE 136 V 279 f. E. 3.1).

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers ändert daran der Umstand nichts , dass das Bundesgericht am 19. Dezember 2008 das Adäquanzkriterium der dauernden erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgiebiger Anstrengungen bejaht hat (Urk. 7/194 E.

6.3.4.2) . Denn daraus kann nicht ohne weiteres geschlossen werden , die angenommene Arbeitsunfähigkeit sei im Sinne der mehrfach erwähnten Rechtsprechung objektiv betrachtet nicht überwindbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_79/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5). 5.3

Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihres Leidens und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. In BGE 140 V 193 E.

3.1-2 hat das Bundesgericht in beweisrechtlicher Hinsicht zur Bedeutung von Sachverständigengutachten erwogen, dass es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Vielmehr hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können.

Die gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund ihrer Diagnose eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien (vgl. dazu vorstehende E. 1.3.3) standhält (BGE 136 V 284 Erw. 3.3 mit zahlreichen Hinweisen).

Hiefür ist zunächst auf das Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer einzugehen. 5.4

Während im A. ___ -Gutachten - ähnlich wie schon im Z. ___ -Gutachten - diagnostisch von einem Verdacht auf eine leichte depressive Episode die Rede war, sprach ein Psychiater des G. ___ - soweit überhaupt eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde - von einer mittelgradigen und Dr. C. ___

und im Wesentlichen übereinstimmend mit ihr auch der RAD-Arzt zunächst von einer chronischen Schmerzstörung und für die Zeit ab April 2010 von einer mittelgradigen bis knapp schweren depressiven Episode, wobei die von Dr. C. ___ verwendete ICD-10-Kodierung (F32.11) einer mittelgradigen Episode entspricht.

Wenn selbst die behandelnde Fachärztin nicht von einer - richtig kodierten - schweren depressiven Episode ausgeht, kann die entsprechende Diagnose nicht als mit hinreichender Sicherheit ausgemessen angesehen werden. Vielmehr ist angesichts der von F32.2 auf F32.11 gewechselten Kodierung (vgl. vorstehende E. 3.5) anzunehmen, dass Dr. C. ___ eine gesundheitliche Verbesserung ausgemacht hat, ohne dies jedoch in der Wortdiagnose zu veranschaulichen, woraufhin auch die Aufnahme der Erwerbstätigkeit und die daraufhin

von Dr. C.____ im Jahr 2010 von 0 % auf 20 % verbesserte Arbeitsfähigkeit hin deutet (Urk. 7/417/5) .

Allerdings liessen die behandelnde Fachärztin wie auch der RAD-Arzt bei ihren Beurteilungen

die von den Z.____

und A.____ Gutachtern übereinstimmend erhobene Symptomausweitung beziehungsweise Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den Befunden vollständig

ausser Acht. Daher kann auf die von ihnen gestellte Diagnose einer schweren depressiven Störung nicht abgestellt werden .

Z war ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

In Bezug auf die depressive Störung ist - entsprechend BGE 130 V 358 E.

E. 1.3.1

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG) , so hat sie gemäss Art.

18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Aufgrund der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (Art. 8 ATSG) in der Invaliden- und Unfallversicherung hat die Schätzung der Invalidität mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden in beiden Bereichen prinzipiell denselben Invaliditätsgrad zu ergeben, soweit nicht die unterschiedliche gesetzliche Regelung oder Rechtspraxis in den einzelnen Versicherungszweigen zu einer abweichenden Invaliditätsbemessung führen. Bereits abgeschlossene Invaliditätsfestlegungen sind mitzuberücksichtigen . Es besteht jedoch keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig (Urteil des Bundesgerichts 8C_543/2011 vom 25. August 2011 E. 3 mit Hinweisen auf BGE 133 V 549

E. 6, 119 V 468 E. 2b).

E. 1.3.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2. 2.1

Das Bundesgericht beurteilte im Entscheid vom 19. Dezember 2008 (Urk. 7/194) die Frage, ob die über den 28. Februar 2006 hinaus geklagten Beschwerden im Zeitpunkt des Erlasses des damals angefochtenen Einspracheentscheids vom 10. Mai 2006 (Urk. 7/149) in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang zu den Unfallereignissen vom 15. Juni 1997, 24. Januar 2002, 17. Februar und 19. Oktober 2003 sowie 9. November 2005 standen (E. 3.1).

Da zu hielt es

verbindlich fest, dass die fünf Auffahrunfälle weder zu organischen im Sinne von strukturellen, bildgebend nachweisbaren Verletzungen geführt haben, noch dadurch neurologisch objektivierbare Ausfallserscheinungen bewirkt wurden (E. 3.2). Es sah als erstellt an, dass die beiden ersten Auffahrunfälle nicht verantwortlich zeichnen für die über Februar 2006 hinaus anhaltenden Beschwerden (E. 4.2). Weiter ging das höchste Gericht davon aus, dass der Beschwerdeführer jedenfalls anlässlich der Unfälle vom 17. Februar und 19. Oktober 2003 eine HWS-Verletzung erlitten hat, welche für die danach - insbesondere nach dem 28. Februar 2006 - aufgetretenen Beschwerden zumindest teilweise natürlich kausal ist, was die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis bei der Adäquanzprüfung indiziert (E. 5.3). Die adäquanzrechtliche Beurteilung nach den in BGE 134 V 109 präzisierten Grundsätzen führte das Bundesgericht zum Schluss, dass fünf der relevanten Kriterien gegeben und damit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs und folglich

die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die als unfallbedingt zu qualifizierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen über Ende Februar 2006 hinaus zu bejahen seien (E. 6.4). 2.2

Im angefochtenen Einspracheentscheid

(Urk. 2) verwies die Beschwerdegegnerin auf die in BGE 136 V 279 aufgestellte Vermutung bezüglich der willentlichen Leidensüberwindung (S. 5 unten). Gestützt auf das beweiskräftige A.____-Gutachten sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die willentliche Leidensüberwindung zumutbar sei. Die Arbeitsunfähigkeit sei weder in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eingeschränkt. Damit sei der Rentenanspruch zu verneinen (S. 13 oben). Mit der Rentenprüfung seien die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen dahin gefallen, sei doch von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (S. 13 Mitte).

In der Vernehmlassung (Urk. 6) legte sie weiter dar, dass die vom Beschwerdeführer aufgeführten Ungereimtheiten das A.____-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen verm

öchten, da der Sinn der Aussagen im Gutachten ohne Weiteres erkennbar sei; es sei nicht realistisch, dass ein ausführliches Gutachten ohne Ungereimtheiten entstehe (S. 5). Zwar seien die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beschwerden teilweise gegeben, aber nicht organisch nachweisbar. Infolge der Begutachtung habe sie davon ausgehen können, dass die Beschwerden überwindbar und ohne invalidisierende Wirkung seien (S. 6 unten). Für sämtliche UV-Leistungen sei daher der Leistungsanspruch zu verneinen (S. 7). 2.3

Dagegen vertrat der Beschwerdeführer die Auffassung (Urk. 1), das A.____ Gutachten enthalte verschiedene und erhebliche - im Einzelnen beschriebene - Mängel, weshalb auf dessen Schlussfolgerungen weder bezüglich angeblich fehlender Unfallkausalität noch hinsichtlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit abgestellt werden könne (S. 11 und S. 18). Ferner rügte er eine unzulässige Vermischung oder Verwechslung der vom Bundesgericht bejahten Adäquanz zwischen dem vorliegenden Beschwerdebild und den drei Unfallereignissen einerseits und der davon zu unterscheidenden Frage der Zumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung (S. 15). Das Bundesgericht habe die Adäquanz verbindlich bejaht, weshalb kein Regelfall vorliege und die Schmerzüberwindbarkeit nicht vermutet werden könne (S. 20). Das Beschwerdebild weise eine derartige Schwere auf, dass ihm, dem Beschwerdeführer, eine höhere Verwertung der gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit von 30 % nicht möglich sei respektive ein Ausnahmefall in Sinne von BGE 130 V 352 E. 2.2.3 vorliege (S.

21). 2.4

Nachdem die Invalidenversicherung im Jahr 2009 zuletzt und bis auf Weiteres eine ganze Invalidenrente zugesprochen hat (Urk. 7/189), stehen Eingliederungsmassnahmen im Zeitpunkt des Erlasses des hier angefochtenen Einspracheentscheids offensichtlich nicht zur Diskussion. Daher ist zunächst

die Frage zu stellen, ob die Beschwerdegegnerin eine namhafte Verbesserung durch die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung zu Recht verneint, die vorübergehenden Leistungen eingestellt und den Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung geprüft hat

(vgl. vorstehende E. 1.1).

3.

E. 1.5

Nachdem er am 19. Oktober 2003 in einen neuerlichen Heck-Auffahrunfall verwickelt worden war, bei dem ein Fahrzeug anlässlich einer Staubildung von hinten mit ihm zusammensties (Urk. 7/1, Urk. 7/8), verstärkten sich die Schmerzen in der Rücken- und Nackenregion wiederum. Es erfolgte vom 7. bis 28. Januar 2004 eine weitere stationäre Behandlung in der Klinik Y.____ (Urk. 7/19), welche eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit ab 1. März 2004 im Umfang von 20 % beziehungsweise eine Erhöhung derselben ab 1. April 2004 auf 40 % zu bewirken vermochte (Urk. 7/21-22, Urk. 7/29-30, Urk. 7/36 S. 2 oben). Trotz verschiedenster Therapien (physiotherapeutische Vorkehren, Rückenmuskelaufbautraining, Akupunktur, Medikation) konnten die anhalten den rechtsseitigen Nacken- und Schulterschmerzen nicht in einem erheblichen Ausmass gemildert werden.

E. 1.6

Als Lenker seines Personenwagens vor einem Rotlicht anhaltend wurde X.____

am 9. November 2005 durch einen sich von hinten nähernden Lastwagen schliesslich abermals Opfer eines Auffahrunfalles (Urk. 7/3). Hinsichtlich des bereits tangierten Nacken-, Schulter- und Rückenbereichs stellte sich nach zwei bis drei Wochen eine erneute Verstärkung der Beschwerden ein (Urk. 7/119 120).

E. 1.7

Mit Verfügung vom 13. Februar 2006 und diese bestätigendem Einspracheentscheid vom 10. Mai 2006 stellte die SUVA sämtliche Leistungen auf Ende Februar 2006 ein mit der Begründung, der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und den Unfallereignissen sei zu verneinen (Urk. 7/122, Urk. 7/149).

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wies die dagegen erhobene Beschwerde am

E. 3

0. April 2008 ab (Urk. 7/18)

E. 3.1

Die umfangreiche medizinische Aktenlage, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids vom 10. Mai 2006 präsentierte, wurde im Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. April 2008 (Urk. 7/18 6 E. 4) ausführlich dargestellt und auch im bundesgerichtlichen Urteil vom 19. Dezember 2008 wiedergegeben (Urk. 7/194). Darauf wird verwiesen.

Seither sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen hinzugekommen:

E. 3.2

In der Expertise vom 28. August 2008 stellten die Z.____-Gutachter (Urk. 7/225/15-49) zu Händen der Invalidenversicherung gestützt auf die zur Verfügung gestellten Akten und ihre eigenen internistischen (S. 14 f.), rheumatologischen (S. 18 f.), neurologischen (S. 23 f.) und psychiatrischen (S. 28 f.) Untersuchungen folgende Diagnosen (S. 31): - chronisches cervico-cephales Schmerzsyndrom - Cervicobrachialgie beidseits - chronisches Thorakolumbovertebralsyndrom - gemäss Akten sechs Autounfälle - rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte Episode

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein Symptom ausweitung mit Selbstlimitierung und Behindertenüberzeugung.

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2006 eine Psychotherapie bei Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aufgenommen (S. 32), die er einmal monatlich (respektive zwei mal monatlich; vgl. Urk. 7/390/4 oben) konsultierte, ebenso wie seinen Hausarzt Dr. D.____. Behandlungen mit Spritzen, Facettengelenksblockaden und eine Stosswellentherapie hätten zur Verstärkung der Schmerzen geführt und der Aufenthalt in der Rehaklinik habe keine Besserung der Beschwerden gebracht (S. 16 17). Die Gutachter

erhoben in der klinischen Untersuchung eine leichte Depressivität bei zusätzlicher psychogener Somatisierungsneigung mit Ausweitung des Beschwerdeerlebens in diversen

Körperkompartimenten, ohne dass sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren vermochten (S. 33).

Die Experten bestätigten die von Dr. C.____ bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 60 % (vgl. dazu Bericht vom 13. März 2009, Urk. 7/207/3) infolge einer Besserung des Zustandsbildes nicht. Sie attestierten eine volle Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten (S. 34); in näher beschriebenen - angepassten Tätigkeiten erachteten sie den Beschwerdeführer für ganztags arbeitsfähig mit einer Verminderung des Rendements um 30 % oder in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten während sechs Stunden täglich (S. 35).

Die Gutachter empfahlen die Weiterführung der psychiatrischen Therapie, während sie bezüglich der somatischen Rehabilitation keine neuen Vorschläge abgaben (S. 34).

E. 3.3

Am 27. Oktober 2008 wurde der Beschwerdeführer von med. pract. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung untersucht. Im Bericht vom 12. November 2008 diagnostizierte er aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und einen Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung. Er schloss sich der von Dr. C.____ offenbar zu Beginn attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60 % an, die er angesichts der von ihm berichteten Verschlechterung im September 2008 (respektive Oktober 2007; vgl. Bericht von Dr. C.____ vom 10. September 2008, Urk. 7/216) auf 70 % erhöhte (Urk. 7/204/4).

Gestützt auf diese medizinischen Unterlagen sprach die Invalidenversicherung im Mai/Juni 2009 die Invalidenrenten zu (vgl. Urk. 7/230, Urk. 7/257).

E. 3.3.1

davon auszugehen, dass es sich dabei um Begleiterscheinungen der erlittenen HWS-Distorsionen und nicht um ein selbständiges, vom übrigen Beschwerdebild losgelöstes depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt. Die depressive Verstimmung hat sich im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik herausgebildet und wird massgeblich von dieser unterhalten. Die ausgewiesene, höchstens mittelgradige depressive Episode kann jedenfalls nicht als eigenständiges Krankheitsgeschehen im Sinne einer massgebenden Komorbidität betrachtet werden. Soweit die A.____-Gutachter von einem selbständigen Leiden sprachen (Urk. 7/382/2 oben), kann ihnen nicht gefolgt werden, ergingen doch ihre Ausführungen hauptsächlich unter dem Gesichtswinkel der - vom Bundesgericht bereits beurteilten - Unfallkausalität. Zudem legten sie selbst dar, dass wenigstens der Ursprung der psychischen Störung in den körperlichen Beschwerden zu erblicken sei (Urk. 7/382/2 oben). Im Weiteren kann keine Rede davon sein, der Beschwerdeführer habe sich einer konsequenten Depressionstherapie unterzogen, erschöpften sich doch seine diesbezüglichen Bemühungen gemäss Aussagen der seit 2006 behandelnden Dr. C.____

(vgl. Urk. 7/194 E).

6.3.3.1) in der medikamentösen Behandlung und den (zuletzt) zweiwöchentlichen Therapiesitzungen, wo der Beschwerdeführer behandlungsmotiviert über sein psychisches Leiden spricht (vgl. Urk. 7/390 S. 4 oben). Anhaltspunkte dafür, dass er die bereits von den

Z.____ -Gutachtern nahe gelegte Steigerung der Berufskompetenzen und sozialen Aktivitäten (Urk. 7/225 S. 48 unten) umgesetzt hätte, sind hingegen nicht ersichtlich und entsprechende Anstrengungen wurden auch nicht geltend gemacht. Vielmehr erhoben die A.____ -Gutachter eine wegen der Schonhaltung eingetretene Dekonditionierung (vgl. vorstehende E.

3.4). Es fehlt somit an einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde (Urteil 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2).

Das von Dr. C.____ und vom RAD-Arzt ab April 2010 als anhaltend und chronisch beschriebene Krankheitsgeschehen ändert an dieser Beurteilung nichts, können daraus doch allein Schlüsse bezüglich der Dauer, nicht aber hinsichtlich der Schwere der Störung gezogen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2).

Daher bleiben im Folgenden die alternativen Kriterien zu würdigen. 5.5

Die A.____ -Gutachter erwähnten unfallfremde

Rückenbeschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und als chronische körperliche Begleiterkrankung grundsätzlich in Betracht fallen könnten. Allerdings wurden die degenerativen Veränderungen als diskret beschrieben und es wurde auf die Diskrepanz der klinischen Befunde zu den Schmerzklagen und die vor allem auf die Dekonditionierung zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit hingewiesen, so dass nicht von einer relevanten Begleiterkrankung gesprochen werden kann. Der Verdacht auf Analgetikamissbrauch wie auch der niedere Schilddrüsenwert beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit gemäss den A.____ -Gutachtern nicht beziehungsweise sind asymptomatisch und werden nach Lage der Akten auch nicht behandelt. Unter diesen Umständen ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

Das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufes mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung ist als erfüllt zu betrachten, klagt der Beschwerdeführer doch seit Jahren über

praktisch unverändert vorhandene, therapieresistente Beschwerden.

Aufgrund der Aktenlage bestehen hingegen keine ausreichenden Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens. Zwar bejahte Dr. C.____ einen deutlichen sozialen Rückzug (Urk. 7/390/7) und beschrieb daneben vielfältige Störungen wie Insuffizienzgefühle, Gedankenkreisen, Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, Adynamie, Erschöpfungsgefühle, Schlafstörung, verminderten Appetit. Im Widerspruch dazu schilderte sie, dass der Beschwerdeführer gelegentlich Arbeitskollegen besuche (Urk. 7/419/17) und täglich ausser Haus gehe, um dem Rückzug entgegen zu wirken (Urk. 7/419/18). Zudem gelang es ihm,

im Bekanntenkreis selbst eine Chauffeurstätigkeit zu organisieren (Urk. 7/390/6, Urk. 7/417/4). Den Akten ist überdies zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mit der Mutter, der Ehefrau und den zwei Söhnen unstreitig ohne nennenswerte Schwierigkeiten im gleichen Haushalt lebt und von ihnen unterstützt wird (Urk.

7/381/42) und dass er die Ehefrau mit dem Auto gelegentlich zum Einkaufen begleitet (Urk. 7/204/2). Von einem sozialen Rückzug im Sinne der Rechtsprechung

kann daher nicht gesprochen werden.

Das Bundesgericht hat ausführlich dargelegt, welchen Behandlungen sich der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit seinen körperlichen Leiden unterzogen hat (Urk. 7/194 E. 6.3.3.1).

Diesbezüglich hat er die Therapiebemühungen ausgeschöpft, zumal aus ärztlicher Sicht von weiteren invasiven Behandlungen abgeraten wurde. Die psychischen Leiden behandelt er anscheinend seit 2006 medikamentös und lediglich in relativ loser, vierzehntäglicher psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. C.____, so dass nicht vom Scheitern von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung die Rede sein kann. Wie bereits dargelegt, ist den Akten nicht zu entnehmen, dass er bis zum hier fraglichen Zeitpunkt der Leistungseinstellung die Empfehlungen der

Gutachter, nämlich die Steigerung der Aktivität oder die Reduktion des Schmerzmittelkonsums, umgesetzt hätte. Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der Krankheitsverlauf therapeutisch nicht mehr beeinflussbar ist und unterschiedliche Behandlungen gescheitert sind.

Schliesslich sind den Akten keine Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn zu entnehmen. 5. 6

Die Gesamtwürdigung führt zum Schluss, dass nur ein Kriterium erfüllt

ist, was nicht genügt, um die willentliche Schmerzüberwindung ausnahmsweise als unzumutbar erscheinen zu lassen.

Auf die ärztlicherseits in unterschiedlichem Ausmass bescheinigte Arbeitsunfähigkeit kann daher nicht abgestellt werden und es braucht auch nicht näher darauf eingegangen zu werden, ob auf das A.____-Gutachten oder aber auf die Berichte der übrigen befassten Ärzte abzustellen ist.

Denn selbst wenn eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und/oder in einer leidensangepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht als erstellbar zu erachten wäre, ist mit der Beschwerdegegnerin zu schliessen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mangels unfallkausalen objektivierbaren Befunde aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist und die Beschwerden im Übrigen nicht invalidisierend sind.

Hierzu sind von weiteren Abklärungen keine wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf die beantragte Einholung eines Obergutachtens verzichtet werden kann

(antizipierte Beweiswürdigung : vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde auch hinsichtlich der Verneinung des Rentenanspruches abzuweisen. 6.

Nachdem sich ergeben hat, dass im Zeitpunkt des vorinstanzlichen Fallabschlusses keine nachweisbaren organischen Folgen der erlittenen Unfälle mehr vorlagen und auch keine im Sinne von BGE 136 V 279 unüberwindbare - und damit invalidisierende - Restbeschwerden nachzuweisen sind, liegt auch keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität im Sinne von Art. 24 UVG in Verbindung mit Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vor. Damit hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint.

Im Ergebnis erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid

in jeder Hinsicht als rechtens und ist demzufolge die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Müller- Ranacher - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtssekretär GräubSonderegger

E. 3.4

Das A.____-Gutachten vom 2 0. Oktober 2010 (Urk. 7/381-382) stützte sich seiner seits auf eine internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatri sche Untersuchung und auf eine interdisziplinäre Konsensbesprechung (Urk. 7/381 / 2). Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung au f die Arbeits fähigkeit gestellt (Urk. 7/381/ 44): - Verdacht auf leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - chronisches ce rvi c o c ephales und - vertebrales Schmerzsyndrom - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Als o hne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter den Ver dacht auf eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.42 [richtig : F45.41; vgl. auch Urk. 7/390/3]) und de n Ver dacht auf Analgetikamissbrauch (ICD-10 F55.2) sowie ein en

kontrollbedürftigen erniedrigte n Schilddrüsenwert (TSH).

In der Gesamtbeurteilung wiesen die Gutachter auf die hochgradige Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den klinisch fassbaren Ein schränkungen hin, wobei sie festhielten, dass in der HWS und in der LWS die degenerativen Veränderungen strukturell fassbar seien (Urk. 7/381/50 unten). Es bestehe ein zervikozepales bis brachiales Schmerzsyndrom ohne Hinweise für eine neurologische, sensomotorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Die psychische Fehlverarbeitung stehe gegenüber den geringen somatischen Befun den klar im Vordergrund. Diese seien nicht geeignet, eine höhergradige Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen, ebenso wenig wie die neurolo gischen Befunde.

Aus rheumatologischer Sicht sei eine nicht unfallkausale, mithin degenerativ bedingte (Urk. 7/381/ 50 unten) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar durch die wegen

jahrelanger Schonhaltung eingetretene Dekonditionierung . Schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten seien ungeeignet, wohingegen leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeiten in einem Pensum von 70 % zumutbar seien (Urk. 7/381/ 49 , Urk. 7/382/7) .

In Auseinandersetzung mit den abweichenden ärztlichen Einschätzungen hielten die Gutachter aus psychiatrischer Sicht dafür, die subjektiven Klagen des Beschwerdeführers seien überbewertet und die objektivierbaren klinischen Befunde ungenügend berücksichtigt worden. Aus psychiatrischer Sicht attestierten sie nur eine geringgradige Einschränkung , mithin eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (Urk. 7/381/ 50), wobei sie die psychische Störung als nicht unfallkausal erachteten (Urk.

7/381/ 51 , Urk. 7/382/1 unten). Es liege ein verselbständigtes psychisches Leiden vor, wobei mit Sicherheit nicht von einer spezifischen Störung nach HWS-Distorsion gesprochen werden könne (Urk. 7/382/2 oben).

Die Gutachter erachteten aus unfallkausaler Sicht eine weitere medizinische Behandlung nicht für indiziert. Es seien iatrogene Schäden durch zunehmend invasive Diagnostik und Therapie zu vermeiden, wohingegen sie eine Steigerung der allgemeinen Aktivität, eine Reduktion des Schmerzmittelkonsums und die Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung und der antidepressiven Medikation empfahlen (Urk. 7/382/3 , Urk. 7/382/5).

3. 5

Von der behandelnden Dr. C.____ liegen Berichte vom 10. September 2008 (Urk. 7/216) , vom 13. März 2009 (Urk. 7/207/3) , vom 26. April 2010 (Urk. 7/360) sowie vom 7. Februar 2011 (Urk. 7/390)

im Recht . Während sie am 10. September 2008 das Z.____ -Gutachten bemängelte, kritisierte sie am 7. Februar 2011 das A.____ -Gutachten in verschiedener Hinsicht, insbesondere in Bezug auf die psychiatrische Teilbegutachtung durch med. pract . F.____ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 7/381/44 unten).

Zusammengefasst beanstandete sie , die psychiatrische Teilgutachter in habe den Beschwerdeführer ungenügend exploriert und sich nicht wertfrei mit diesem auseinandergesetzt, sondern vor allem die Vorakten wiedergegeben (S. 1-2). Der erhobene Psychostatus sei karg und unpräzise und es sei unverständlich, womit sie die Annahme verknüpfe, der Beschwerdeführer aggraviere psychische Symptome (S. 2). Die von med. pract . F.____ geäußerten Verdachtsdiagnosen zeigten, dass sich die Gutachterin weder für das Vorliegen noch das Nichtvorliegen eines Krankheitsbildes habe entscheiden können, weshalb auch die attestierte Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen vermöge (S. 3 oben).

Aus psychiatrischer Sicht war nicht Dr. C.____ - insoweit in Übereinstimmung mit den A.____ -Gutachtern - vor weiteren , auch nur

minimalen invasiven Eingriffen (S. 3 unten). Sie legte jedoch dar , dass der Beschwerdeführer ihre

Psychotherapiestunden konstruktiv nutze , um über sein psychisches Leiden zu sprechen (S. 4); dies obwohl sie bereits im Bericht vom 26. April 2010 darauf hingewiesen hatte , dass angesichts des therapieresistenten Grundleidens eine Remission des depressiven Leidens oder eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne des Wiedererlangens einer Arbeitsfähigkeit von 50 % als wenig realistisch erscheine (Urk. 7/417/5). Sie beschrieb zudem einen mittelschweren bis schweren sozialen Rückzug. Der

Beschwerdeführer habe nur Bezug zur eigenen Familie, raffe sich aber auf, um gelegentlich ehemalige Arbeitskollegen am Arbeitsplatz zu besuchen (S. 5 oben).

In den Berichten vom 10. September 2008 (Urk. 7/216) und vom 13. März 2009 (Urk. 7/207) bescheinigte Dr. C. ___ bei diagnostizierter schwerer depressiver Störung (ICD-10 F32.2) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Am 26. April 2010 (Urk. 7/360) und damit übereinstimmend am 7. Februar 2011 diagnostizierte sie ab April 2010 eine anhaltende, chronifizierte, fluktuierende mittelgradige bis knapp schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), während für die Zeit davor eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) habe diagnostiziert werden müssen. Mit diesem Beschwerdekomples könne der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur nunmehr

zu maximal 20-30 % eingesetzt werden (S. 6 und S. 8). Sie äusserte sich zudem zu den Foerster-Kriterien und hielt diese für eindeutig erfüllt (S. 7 f.).

E. 3.6

Im Bericht des G. ___ vom 6. Juli 2011, wo der Beschwerdeführer seit Anfang 2011 in Behandlung stand (Urk. 7/420/9), wurde - bei allein aus „fachärztlicher physikalisch rehabilitativer Sicht“ 100%iger Arbeitsfähigkeit - unter Berücksichtigung aller Krankheitsbilder und Persönlichkeitseigenschaften eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Urk. 7/420/10), obwohl keine psychiatrische Diagnose Eingang in die Diagnoseliste fand (Urk. 7/420/6). Letztere wurde in den Berichten des G. ___

vom 5. August 2011 vom 14. Februar 2012 um die Diagnosen mittelgradige depressive Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung erweitert (Urk. 7/460/2, Urk. 7/420/5) und gleichzeitig wurde unverändert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Urk. 7/460/6).

Im Bericht des G. ___

vom 5. August 2011 setzten sich

Dr. med. H. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin. psych. I. ___ , Klinischer Psychologe, mit dem

A. ___ Gutachten auseinander und sprachen dem psychiatrischen Teilgutachten den Beweiswert ab (Urk. 7/420/2-5). Die G. ___ Fachärzte kritisierten ihrerseits die gestellte Verdachtsdiagnose und die unkorrekte Wiedergabe der Anzahl Schleudertraumen und eines Unfalldatums und rügten, dass die Testungen nicht durch die hierfür zuständigen Fachleute ausgewertet, der Tagesablauf unvollständig erfasst und keine Fremdanamnese erhoben worden sei (S. 2 f.). Sie legten dar, dass objektiv immer noch eine mittelgradige Depression vorliege, wobei sie aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung diagnostizierten. Sie attestierten eine neuropsychologische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 % auch in angepassten Tätigkeiten (S. 5).

Die in der Klinik J. ___ am 23. Februar 2012 durchgeführte Dekompressionsoperation an der linken oberen Extremität

(Urk. 7/461) verlief erfolgreich (Urk. 7/472, Urk. 7/481), so dass sie ohne Einfluss bleibt auf den vorliegenden Streitgegenstand. 3. 7

Auf grund seiner Aktenbeurteilung regte Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA am 28. September 2011 an, die Berichte der behandelnden Ärzte den A.____ Gut achtern vorzulegen und ihnen Fragen

zur Überwindbarkeit zu unterbreiten

(Urk. 7/425) , welche Fragen die Parteien daraufhin formulierten (Urk. 7/ 427- 428, Urk. 7/447/8, Urk. 7/453) .

Die mit dem psychiatrischen Teilgutachten befassten Experten des A.____ führten dazu am 4. September 2012 (Urk. 7/496) aus, dass sie die Beschwerden - wie im Gutachten beschrieben - medizinisch nur für überwindbar erachteten, wenn es sich um eine gut strukturierte, überschaubare , leidensangepasste Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne hohe Anforderung an Konzentration und Durchhaltevermögen, aber mit der Möglichkeit von regelmässigen Pausen handle (S. 1). In einer solchen Tätigkeit sei die zeitliche Einschränkung (etwa 7

Stunden) dringend zu beachten (S. 2 oben).

Dazu nahm Dr. B.____ am 12. Dezember 2012 dahingehend Stellung, dass das A.____ -Gutachten begründet und schlüssig erscheine. Eine Häufung von Bagatel l unfällen ohne organische Folgen führe nicht ohne Weiteres zu einer unfallabhängigen psychischen Störung, die im psychischen Befund auch nicht festgestellt werden können (S. 2 unten). Die A.____ - Gutachter hätten einen Zusammenhang zwischen der psychischen Störung und den Unfällen verneint, was aussagekräftig sei, zumal der Beschwerdeführer nicht nur isoliert gravierende Symptomausweitungen und Selbstlimitierungen gezeigt habe. Mit den

A.____ -Gutachtern sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit mit qualitativer Einschränkung auszugehen ; unter diesen Bedingungen seien die geklagten Beschwerden überwindbar (S. 3). 4. 4.1

Aus der dargelegten Aktenlage erhellt, dass die befassten Mediziner übereinstimmend ausschliessen , dass eine

fortgesetzte ärztliche Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne einer erheblichen Steigerung der unfallbedingt eingeschränkten Arbeitsfähigkeit

zu bewirken vermöge . Von (weiteren) invasiven Eingriffen rieten sowohl die behandelnde Dr. C.____

als auch die begutachtende Ärzte ab; sie erachteten einhellig die Fortführung der psychotherapeutischen und -pharmakologischen

Behandlung für indiziert , ohne davon jedoch eine massgebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit , sondern nur die Erhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes zu erwarten.

Den medizinischen Unterlagen sind diesbezüglich keine abweichenden Anhaltspunkte zu entnehmen und solche wurden auch nicht dargetan . Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall auf den 28.

Februar 2013 (Urk. 7/508) hin abgeschlossen hat.

4.2

Mit dem rechtmässig erfolgten Fallabschluss fällt der Taggeldanspruch dahin (vgl. vorstehende E. 1.1), was zur Abweisung des entsprechenden Rechtsbegehrens des Beschwerdeführers führt.

Es stellt sich im Weiteren die Frage, wie es sich mit dem Rentenanspruch verhält. Nachdem das Bundesgericht die Adäquanz der Restbeschwerden bejaht hat (Urk. 7/194), bleibt nunmehr die Prüfung des Rentenanspruchs unter dem Gesichtspunkt der Überwindbarkeitspraxis; dabei ist sinngemäss nach der Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen zu prüfen, ob die HWS-Distorsionstraumen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle

ausnahmsweise invalidisierend wirken (vgl. vorstehende E.

E. 6

; Prozess UV.2006.00280), welches Urteil das Bundesgericht mit Entscheid vom 19. Dezember 2008 aufgehoben und

unter Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den Unfallereignissen feststellte, dass der Versicherte auch nach dem 28. Februar 2006 Anspruch auf Versicherungsleistungen habe (Urk. 7/194). 2. 2.1

Mit Verfügungen vom 6. Mai und 18. Juni 2009 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, dem Versicherten im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten des Z.____ vom 28. August 2008 (Urk. 7/225/15-49) vom 1. Februar bis 30. Juni 2004 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100%, vom 1. Juli 2004 bis am 30. November 2008 eine Dreiviertelsrente

bei einem Invaliditätsgrad von 60% und ab 1. Dezember 200

E. 8

wiederum eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100%

zu (Urk. 7/189, Urk. 7/230, Urk. 7/257). 2.2

In Absprache mit dem Versicherten betreffend die Gutachterstelle (Urk. 7/302-303, vgl. auch Urk. 7/308, Urk. 7/327 S. 3, Urk. 7/339) veranlasste die SUVA eine polydisziplinäre Begutachtung durch die

A.____, welche am 20. Oktober 2010 die Expertise erstattete

(Urk. 7/381, Urk. 7/382 [Fortsetzung], Urk. 7/408). Nach Beizug weiterer

Arztberichte (Urk. 7/207, Urk. 7/214, Urk. 7/258, Urk. 7/360,

Urk.

7/383, Urk. 7/390, Urk. 7/406, Urk. 7/420, Urk. 7/446, Urk. 7/460-451) unterbreitete die SUVA dem A.____ am

E. 9

Februar 2012 Zusatzfragen (Urk. 7/428, Urk. 7/453), welche die psychiatrischen Fachärzte am 4. September 2012 beantworteten (Urk. 7/496). Am 12. Dezember 2012 nahm Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom

Versicherungspsychiatrischen Dienst der SUVA, eine Aktenbeurteilung vor (Urk. 7/498). Der Versicherte nahm am 15. Januar 2013 zu diesen Beweisvorkehren Stellung (Urk. 7/504).

Daraufhin verfügte die SUVA

am 25. Januar 2013 die Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungskosten nunmehr auf den 28. Februar 2012 - welchen Zeitpunkt sie am 6. Februar 2013 wiedererwägungsweise auf den 28. Februar 2013 korrigierte (Urk. 7/508) - und verneinte einen Anspruch auf weitere Geldleistungen (Rente, Integritätsentschädigung; Urk. 7/505). Die Einsprache des Versicherten vom 4. April 2013 (Urk. 7/514) wies die SUVA mit Entscheidung vom 19. April 2013 ab (Urk. 7/518 = Urk. 2). 3.

Hiegegen erhob X.____ mit Eingabe vom 21. Mai 2013 Beschwerde und beantragte die Zusprache von Taggeld über den 28. Januar (richtig wohl: Februar) 2013

hinaus und die Rückweisung der Sache an die SUVA zur Zusprache einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung; eventualiter ersuchte er um Rückweisung der Sache an die SUVA für eine Oberbegutachtung (Urk. 1 S. 2). Die SUVA schloss am 28. August 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 2. September 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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