



**Fall-Nr.:** UV 2007/22  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 19.11.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.11.2007**

**Art. 6 UVG. Prüfung der Leistungseinstellung und Adäquanz von psychischen Beschwerden im Nachgang zu einem Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. November 2007, UV 2007/22). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_52/2008.**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 19. November 2007

In Sachen

I.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Jürg Knus, Molkereistrasse 1, Postfach, 8645  
Jona,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- I. \_\_\_\_, Jg. 1956, war bei der A. \_\_\_\_, tätig und dadurch bei der Suva versichert, als er am 23. April 2005 als Motorradfahrer mit einem Personenwagen kollidierte. Im Bericht des Spitals Linth vom 3. Mai 2005 wurden eine Commotio cerebri, eine Thoraxkontusion rechts und eine Schürfwunde in der linken Gesichtshälfte diagnostiziert (UV-act. 1, 3). Nach Durchführung von ärztlichen Abklärungen, welche unter anderem zusätzlich das Vorliegen einer Rippenserienfraktur ergaben (vgl. UV-act. 41), eröffnete die Suva dem Rechtsvertreter des Versicherten mit Verfügung vom 27. Juni 2005, gemäss Mitteilung des behandelnden Arztes bestehe seit 20. Juni 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Das Taggeld werde auf dieser Basis ausgerichtet (UV-act. 15). Nachdem gegen diese Verfügung Einsprache erhoben worden war (UV-act. 34), teilte die Suva dem Rechtsvertreter des Versicherten nach weiteren Abklärungen am 24. November 2005 mit, dass sie an der Taxation der Arbeitsfähigkeit (50%) festhalte (UV-act. 48). Nach weiteren medizinischen Abklärungen eröffnete die Suva dem Rechtsvertreter des Versicherten mit Verfügung vom 29. Mai 2006 die Leistungseinstellung per 30. Juni 2006. Es würden keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vorliegen. Die jetzt noch geklagten Beschwerden seien organisch als Folge des erlittenen Unfalls nicht mehr erklärbar. Vielmehr seien psychische Gründe dafür verantwortlich. Ein kausaler Zusammenhang der psychischen Beschwerden mit dem Unfall sei zu verneinen. Der Unfall habe keine Folgen hinterlassen, welche die Erwerbsfähigkeit messbar beeinträchtigen würden. Ebenso resultiere am Bewegungsapparat und insbesondere an der Wirbelsäule keine unfallbedingte bleibende Schädigung der Integrität. Der Integritätsschaden im neurootologischen Fachgebiet könne erst nach einer allfälligen neurootologischen Verlaufskontrolle beurteilt werden. Zu einem allfälligen Integritätsschaden könne frühestens im Dezember 2006 Stellung genommen werden (UV-act. 96). Die hiegegen erhobene Einsprache (UV-act. 100) wies die Suva mit Einsprache-Entscheid vom 18. Januar 2007 ab (UV-act. 111).

B.- a) Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. iur. Jürg Knus, Jona, Beschwerde erheben mit den Anträgen, der Entscheid sei aufzuheben, und



die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen bzw. eine volle IV-Rente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Es werde eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung beantragt. Der Beschwerdeführer habe einen mittelschweren bis schweren Unfall erlitten (Unfallschilderung im Polizeirapport vom 30. Mai 2005 S. 3). Damit sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den heutigen Beschwerden und dem Unfall zu bejahen. Vor dem Unfall hätten weder Rücken-, Kopf- und Schwindelbeschwerden noch psychische Beschwerden bestanden. Es liege nach wie vor eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer sei nach Ansicht des Hausarztes nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig (act. G 1 /2). Da aufgrund des schweren Unfalls der Kausalzusammenhang zu den heute noch geklagten Beschwerden ohne weiteres anzunehmen sei, habe die Beschwerdegegnerin die Leistungen auch über den 30. Juni 2006 hinaus zu erbringen.

b) In der Beschwerdeantwort vom 26. März 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und Bestätigung des angefochtenen Entscheids. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung hätten keine relevanten organischen Unfallfolgen mehr vorgelegen. In Bezug auf die psychischen Probleme entfalle die Leistungspflicht des Unfallversicherers mangels Adäquanz. Die in der Beschwerde erfolgten Ausführungen, welche sich an die Formel "post hoc ergo propter hoc" anlehnen würden, entbehrten jeglicher Relevanz.

c) Mit Replik vom 2. Mai 2007 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seinen Standpunkt. Richtig sei einzig, dass die Rippenfrakturen offenbar ausgeheilt seien. Die übrigen Beschwerden seien jedoch nach wie vor vorhanden. Bei der Regionalen Beratungsstelle in Jona, welche den Beschwerdeführer in finanzieller Hinsicht betreue, habe man festgestellt, dass er, wenn er auf die Toilette müsse, das Besprechungsbüro nicht mehr finde und im Haus herum irre.

d) Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik. Am 21. Juni 2007 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Bestätigung des Psychiatrischen Zentrums Männedorf vom 14. Juni 2007 ein (act. G 8).

II.



1.- a) Streitig ist, ob die beim Beschwerdeführer nach dem 30. Juni 2006 bestehenden gesundheitlichen Probleme in einem adäquatkausalen Zusammenhang zum Unfall vom 23. April 2005 stehen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (Erwägungen 1 und 2b) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und somatischen und psychischen Störungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen. Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids und damit auch dieses Verfahrens bilden das Vorliegen eines allfälligen neurootologischen Integritätsschadens (vgl. UV-act. 114) sowie die Rentenfrage. Letztere wurde zwar in der Verfügung vom 29. Mai 2006 (UV-act. 96) angetönt, jedoch nicht im einzelnen geprüft; im angefochtenen Entscheid blieb die Rentenfrage dann gänzlich ausser Betracht. Ebenfalls nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids und damit nicht zu prüfen ist die einspracheweise angefochtene Verfügung vom 27. Juni 2005, mit welcher - gestützt auf Hausarztberichte (vgl. UV-act. 4, 5, 14) - eine Arbeitsfähigkeit von 50% per 20. Juni 2005 als Taggeldbasis festgelegt wurde (UV-act. 15, 34). Nachdem von der Rehaklinik Bellikon im Nachgang zu einem Aufenthalt vom 13. Juli bis 24. August 2005 wieder eine volle (unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit (bzw. 50% nach drei Monaten) bescheinigt worden war (UV-act. 41) und die Beschwerdegegnerin diese Taxation offenbar übernahm (vgl. act. G 3 S. 3 Ziffer 6.2), erfolgte diesbezüglich auf die Mitteilung vom 24. November 2005 (UV-act. 48) soweit ersichtlich keine Reaktion mehr. Ärztlicherseits wurde denn auch wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt (UV-act. 46, 50, 52 und 54).

b) Im Bericht des Spitals Linth vom 3. Mai 2005 wurden neben der Commotio cerebri, der Thoraxkontusion rechts und einer Schürfwunde in der linken Gesichtshälfte anamnestisch eine fragliche Bewusstlosigkeit vermerkt und eine Amnesie, Übelkeit und Erbrechen verneint. Ebenfalls verneint wurden ein Druckschmerz oder eine Luxation bzw. Fraktur im Bereich der HWS (UV-act. 1). Am 16. und 24. Juni 2005 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin, zusätzlich über Schmerzen am Rippenbogen, Schwäche, Schwindel sowie über einschiessenden Kopfschmerz in den Nacken. Der Arzt schrieb den Beschwerdeführer ab 20. bzw. 27. Juni 2005 zu 50% arbeitsfähig (UV-act. 4, 5, 14). Gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter klagte der Beschwerdeführer am 5. Juli 2005 insbesondere über Schwindelbeschwerden, erklärte sich jedoch bereit, vorerst zu 50% und ab 9. Juli 2005 zu 100% zu arbeiten (UV-act.



16). Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ kam im Bericht vom 7. Juli 2005 zum Schluss, eine zuverlässige klinische Untersuchung sei kooperationsbedingt nicht möglich. Heute stünden Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden im Vordergrund. Der Patient zeige ein als prima vista psychogen imponierendes Zustandsbild, das allerdings einen organischen Kern nicht ausschliessen lasse, zumindest nicht mit den Mitteln, die ihm zur Verfügung stünden. Es sei eine multidisziplinäre Abklärung nötig (UV-act. 25). Dr. med. D.\_\_\_\_, Suva-Spezialarzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie sowie Arbeitsmedizin, hielt im Bericht vom 20. Juli 2005 unter anderem fest, der Lagerungsschwindel habe objektiviert und therapeutisch behandelt werden können. Im Übrigen hätten sich keine Hinweise auf eine Störung im Gleichgewichtsfunktionssystem ergeben, wie auch ein normales Gehör. Der Lagerungsschwindel sei eine typische Folge nach Kopfrauma und damit mit praktischer Sicherheit eine Unfallfolge (UV-act. 32). Im Austrittsbericht vom 29. August 2005 diagnostizierte die Rehaklinik Bellikon im Zusammenhang mit dem Unfall vom 23. April 2005 eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI), sekundär leicht dislozierte – erst nachträglich diagnostizierte Rippenserienfrakturen IV - IX rechts, einen Status nach Wirbelsäulenkontusion ohne strukturelle Verletzung, eine Schürfwunde auf der linken Gesichtshälfte und die Entwicklung einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt. Für die angestammte Tätigkeit als Maschinenbediener bestehe (aus rein unfallkausaler Sicht) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; zur Zeit liege keine verwertbare Arbeitsleistung vor. Zu therapeutischen Zwecken sei ab 29. August 2005 ein Arbeitsversuch durchzuführen; eine 50%-Arbeitsfähigkeit sollte in ca. drei Monaten erreichbar sein. Der initial bestehende Lagerungsschwindel habe durch wiederholte Lagerungsmanöver remittiert werden können. In der Röntgendiagnostik finde man im Bereich der distalen HWS und der distalen BWS degenerative Veränderungen, ebenso im Bereich L5/S1. Die Anpassung an das Unfallereignis gelinge dem Patienten nicht. Die affektive Störung verschlechtere die Schmerzen bzw. die Schmerztoleranz. Im Zusammenhang mit den Schmerzen bestehe dazu ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonhaltung und Selbstlimitierung in vielen Aktivitäten. Im MRI des Gehörs hätten sich keine sicheren posttraumatischen Läsionen intrazerebral gefunden. Rein aus orthopädischer Sicht werde bei Rippen- und vermuteter Rückenverletzung ohne strukturelle Verletzung sechs Monate, unter



Umständen auch erst zwölf Monate bei degenerativen Veränderungen von einem status quo sine ausgegangen. Inkonsistenzen oder fehlende Leistungsbereitschaft habe der Patient nicht gezeigt. Bei fehlenden weiteren Hinweisen auf eine Störung im Gleichgewichtsfunktionssystem sei der Patient ermuntert worden, sich aktiv zu bewegen und sein Gleichgewichtsfunktionssystem zu belasten. Er sei instruiert worden, das Epley-Manöver selbständig bei Wiederauftreten der Schwindelbeschwerden anzuwenden (UV-act. 41).

c) Die Arbeitgeberin kündigte dem Beschwerdeführer auf Ende Januar 2006 (UV-act. 45). Am 28. November 2005 überwies der nunmehrige Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, Rapperswil, den Beschwerdeführer zur Behandlung an Dr. med. Ch. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, (UV-act. 52). Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, kam im Bericht vom 16. Dezember 2005 zum Schluss, die Anamnese der protrahierten posttraumatischen Schmerzen im Kopf- und Wirbelsäulenbereich, verbunden mit diffusem Benommenheitsschwindel, einer ängstlichen Vermeidungshaltung und weiteren Symptomen entspreche seines Erachtens einem ungünstigen Verlauf nach HWS-Distorsionstrauma. Der noch latente Lagerungsschwindel schein kaum mehr gross zu stören. Die Untersuchungsergebnisse würden, bei ansonsten normalen Resultaten, einem somatoformen phobischen Schwankschwindel entsprechen. Vorderhand sei eine Arbeitsfähigkeit als Maschinenbediener nicht gegeben (UV-act. 58). Dazu hielt Suva-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ am 4. Januar 2006 fest, der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ liefere keine neuen objektiven Erkenntnisse seit der Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ von Bedeutung für die Beurteilung der unfallbedingten Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei dadurch beeinträchtigt, dass der Patient an Orten, wo er durch die Schwindelbeschwerden sich selbst oder andere Mitarbeiter gefährden könnte, nicht beschäftigt werden dürfe. Dr. F.\_\_\_\_ sei über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse nicht orientiert gewesen (UV-act. 61). Auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2006 hielt Dr. F.\_\_\_\_ an seiner Beurteilung fest (UV-act. 63, 65). Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 11. Februar 2006, beim Beschwerdeführer sei eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Anschluss an den Verkehrsunfall im April 2005 aufgetreten. Im Januar 2006 sei er in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Männedorf abgeklärt worden. Sobald eine Tagesstrukturierung in der Tagesklinik gelinge, müsse erneut die



Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt halte er den Patienten für 100% arbeitsunfähig (UV-act. 71). Eine Abklärung im Röntgeninstitut "Jona" ergab gemäss Bericht vom 31. März 2006 das Vorliegen mehrerer, in Anbetracht des Alters des Patienten jedoch nicht extrem fortgeschrittener degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule in der unteren HWS, in der mittleren BWS und am lumbosacralen Übergang. Es bestünden keine Hinweise auf posttraumatische Veränderungen und keine nachweisbare Zunahme der Degenerationen seit der Untersuchung vom 14. Juli 2005. Die Rippenfrakturen seien mit Kallusbildung verheilt; Hinweise auf traumatische/post-traumatische Veränderungen bestünden nicht (UV-act. 88). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 21. April 2006 unter anderem, das Schwanken des Patienten, wie es auch Dr. F.\_\_\_\_ beschrieben habe, sei eindeutig Ausdruck der phobischen Komponente, also der psychogenen Überlagerung. Der Patient sei rein aus neurootologischer Sicht für alle Tätigkeiten, welche keine besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsfunktionssystem stellen würden, ohne zeitliche Einschränkung geeignet. Körperliche Aktivität sei sogar erwünscht, da damit ein "Wegtrainieren" des noch verbliebenen organisch bedingten Schwindels erreicht werden könne. Der Patient solle keine Tätigkeiten ausführen, wo allfällige Schwindelbeschwerden zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung führten könnten (UV-act. 89). Gemäss Bericht des Psychiatriezentrums Männedorf vom 25. April 2006 bestehen beim Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode, eine Panikstörung und ein Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung. Er sei aus psychiatrischer Sicht bis auf weiteres nicht arbeitsfähig (UV-act. 91). Im Bericht vom 28. April 2006 hielt Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem fest, der Unfall habe keine strukturelle Verletzung des Achsenskelettes zur Folge gehabt. Nach gängiger Lehrmeinung würden Prellungen, Zerrungen und Stauchungen der Wirbelsäule einen Beschwerdeschub von einigen Monaten bis zu einem Jahr verursachen und keinen Dauerschaden. Eine Segmentdegeneration oder eine Progredienz einer vorbestehenden Segmentdegeneration habe sich nicht bemerkbar gemacht. Die Rippenfrakturen seien abgeheilt, und die panvertebralen Rückenschmerzen stünden nicht mehr in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall. Das Schädel-Hirn-Trauma (MTBI) hinterlasse bei unauffälligem Neurostatus und fehlenden kernspintomographischen Hinweisen für eine traumatische Hirnschädigung einen Lagerungsschwindel infolge einer Canalolithiasis, der noch nicht völlig abgeklungen sei. Hier stehe die phobische Komponente als psychogene Überlagerung



im Vordergrund, nachdem Dr. F.\_\_\_\_ bereits im Dezember vergangenen Jahres zum Schluss gekommen sei, dass der noch latente Lagerungsschwindel kaum mehr gross zu stören scheine. Mit dieser psychogenen Überlagerung (UV-act. 71) lasse sich auch die Therapieresistenz für die auf das Somatische ausgerichteten Behandlungsmassnahmen erklären. Die Schulterfunktionseinschränkung sei kooperationsbedingt; ein traumatischer Schaden habe sich kernspintomographisch ausschliessen lassen. Zur Arbeitsfähigkeit habe sich Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. April 2006 geäussert. Am Bewegungsapparat und insbesondere an der Wirbelsäule habe der Unfall keinen Integritätsschaden und keine weiter behandlungsbedürftigen und auch keine invalidisierenden Folgen hinterlassen. Der Integritätsschaden im neurootologischen Fachgebiet könne erst nach einer allfälligen neurootologischen Verlaufskontrolle nicht vor Ablauf eines Jahres seit der letzten Untersuchung bei Dr. F.\_\_\_\_ beurteilt werden (UV-act. 90).

2.- a) Wenn der Unfallversicherer den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer Gesundheitsschädigung einmal anerkannt hat und entsprechende Leistungen erbringt, so trägt er die Beweislast für den Wegfall der Kausalität (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Dies gilt jedoch nur für Verletzungen und Beschwerden, welche bei der ursprünglichen Anspruchsbeurteilung zur Diskussion standen. Dagegen bedeutet diese Rechtsprechung nicht, dass der Versicherer auch das Nichtbestehen einer Unfallkausalität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu beweisen hätte, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 15. März 2006 i/S P. [U 6/06], Erw. 2.2). Der Unfallversicherer hat sodann nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des EVG vom 27. Februar 2004 i.S. A. [U 29/03]). - Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom 23. April 2005 eine Thoraxkontusion mit (später diagnostizierten) Rippenfrakturen, eine Wirbelsäulenkontusion ohne strukturelle Verletzungen sowie ein geringfügiges Schädelhirntrauma (UV-act. 4, 36, 41). Die Beschwerdegegnerin anerkannte dafür ihre Leistungspflicht. Die echtzeitlichen, nach dem streitigen Unfall erstellten Akten enthalten keine Anhaltspunkte für eine HWS-Distorsion; die diesbezüglich von Dr. F.\_\_\_\_ getroffene Annahme (UV-act. 58) erscheint daher beweismässig nicht abgestützt. Nach



Lage der Akten bestanden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (30. Juni 2006) überwiegend wahrscheinlich keine organischen Unfallfolgen mehr, welche die Arbeitsfähigkeit für eine (insbesondere auch den Schwindelbeschwerden) angepasste Tätigkeit einschränkten (vgl. UV-act. 88, 89, 90). Es ist nicht Sache der Beschwerdegegnerin, das Nichtbestehen einer (teilweisen) Unfallkausalität allfälliger LWS- und HWS-Beschwerden zu beweisen, zumal eine Einwirkung auf diesen Bereich beim Unfall nicht ersichtlich ist. Jedenfalls wird eine strukturelle Läsion im HWS- oder LWS-Bereich weder behauptet noch ist eine solche aus den Akten ersichtlich (zu den Voraussetzungen der Unfallkausalität einer Diskushernie vgl. Urteil des EVG vom 6. September 2006 i/S [U 3/06], Erw. 1.2). Wenn von einer vorübergehenden Verschlimmerung von Rückenbeschwerden ausgegangen werden müsste, wäre gemäss der einschlägigen Literatur (BÄR/KIENER, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45 ff) davon auszugehen, dass nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung von Rückenbeschwerden nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten wäre. Auch die Diagnose eines Syndroms (UV-act. 71) weist nicht darauf hin, dass die geltend gemachten Beschwerden eine somatische Ursache haben. Laut ROCHE LEXIKON MEDIZIN (S. 1540) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Bei der geschilderten Aktenlage fehlt es an einem Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

b) Hinsichtlich der psychischen Beschwerden ist aufgrund der Akten eine natürliche (Teil-)Kausalität zum Unfall vom 23. April 2005 anzunehmen (vgl. UV-act. 71, 91). Bei dieser Aktenlage erübrigt sich auch die Einholung eines weiteren Berichts des Psychiatrischen Zentrums Männedorf (vgl. act. G 5 S. 3, G 8.1). Bezüglich der Adäquanz der psychischen Beschwerden ist zunächst festzuhalten, dass der in Frage stehende Unfall vom 23. April 2005 aufgrund des Geschehensablaufs und der Verletzungen - der Beschwerdeführer kollidierte als Motorradfahrer mit einem Personenwagen und zog sich dabei eine Commotio cerebri, eine Thoraxkontusion, Schürfwunden im Gesicht und eine Rippenserienfraktur zu (UV-act. 3, 9.1) - nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis



(dargestellt in RKUV 1995, 91) eingestuft werden kann (vgl. auch Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. Juli 2005 [U 338/04] und vom 13. Juni 2005 [276/04] Erw. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren bzw. zu den leichten Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um auf eine Adäquanz erkennen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen. Dem Unfall kann zwar eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden, zumal der Beschwerdeführer das Ereignis offenbar auf sich zukommen sah und erschrak (UV-act. 9.1/2 S. 2); eine besondere Eindrücklichkeit lässt sich jedoch nicht bejahen. Die erlittenen Verletzungen waren im Vergleich zu anderen Sachverhalten (vgl. z.B. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i. S. R. vom 15. März 2005 [U 214/04]) nicht besonders schwer oder von der Art, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die somatischen Unfallverletzungen, insbesondere auch Rippenserienfrakturen, waren jedenfalls ein Jahr nach dem Unfall abgeheilt (vgl. UV-act. 12, 41, 88, 90). Auch bezüglich der Wirbelsäulenproblematik war der status quo sine wie erwähnt spätestens ein Jahr nach dem Unfall (im April 2006) als erreicht anzusehen (UV-act. 36 S. 3, 51, 90). Was das leichte Schädelhirntrauma betrifft, konnten Läsionen im MRI des Gehirns nicht nachgewiesen werden (UV-act. 41 S. 3); bei solchen Traumen wird von einer vollständigen Erholung (ohne bleibende Folgen) innert dreier Monate nach dem Unfall ausgegangen (vgl. dazu G. JENZER in SZS 1996, 467). Der Schwindel bedurfte sodann – abgesehen von einem ärztlicherseits durchgeführten Befreiungsmanöver (UV-act. 31) - nicht einer eigentlichen ärztlichen Behandlung, sondern vorderhand einer Selbstbehandlung durch den Beschwerdeführer (vgl. UV-act. 41, 89). Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann bezüglich der somatischen Verletzungen somit nicht gesprochen werden. Sodann lagen - aus somatischer Sicht - weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen oder eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung vor. Die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen liessen sich wie dargelegt nicht mit einem somatischen Befund erklären,



und die späteren ärztlichen Bemühungen führten zur Feststellung eines Schmerzsyndroms bzw. zu psychischen Befunden und konzentrierten sich auf solche (UV-act. 71, 89, 91). Im Nachgang zum Klinikaufenthalt in Bellikon war in relativ kurzer Zeit wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (UV-act. 46, 50, 52, 54). Durch die später allenfalls noch verbliebenen Schwindelbeschwerden (somatoformer phobischer Schwankschwindel; vgl. UV-act. 58, 61, 65, 89) war der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit sowie in solchen, welche keine Anforderungen an das Gleichgewichtssystem stellten, jedenfalls im Einstellungszeitpunkt nicht mehr in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Soweit aus den erwähnten ärztlichen Berichten eine Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, ergingen diese Einschätzungen im Wesentlichen unter Berücksichtigung der psychischen Beschwerden (UV-act. 71, 90, 91), die vorliegend ausser Acht bleiben müssen. Nachdem das Schmerzempfinden durch die psychische Komponente beeinflusst war, können körperliche Dauerschmerzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Unter diesen Umständen muss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden verneint werden. Die Leistungseinstellung auf den 30. Juni 2006 lässt sich unter diesen Umständen nicht beanstanden.

3.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einsprache-Entscheids vom 21. Juli 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.