

NW_GERICHTE NW-32812 vom 8. Mai 2023

NW Gerichte, 2023-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_NW-32812

FR: NW_GERICHTE NW-32812 du 8 mai 2023

IT: NW_GERICHTE NW-32812 del 8 maggio 2023

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid der SUVA vom 24. November 2022. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG (SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen diesen Entscheid Beschwerde beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt der Beschwerdeeinreichung Wohnsitz in Stansstad NW, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig für die Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts, welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 GerG i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [Gerichtsgesetz; NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat des angefochtenen Entscheides berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG).

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 2.2.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache einer gesundheitlichen Störung ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen, die körperliche und geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (u.a. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1 mit Hinweisen). Ob zwischen dem schädigenden

Ereignis und der gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, über welche die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1; 126 V 353 E. 5b je mit Hinweisen).

E. 2.2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (vgl. BGE 112 V 30 E. 1b).

E. 2.2.3

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 138 V 248 E. 4; 134 V 109 E. 2.1 je mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzprüfung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen): Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten, und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 modifizierten Grundsätze zu prüfen (sog. Schleudertrauma-Praxis). Hier wird auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen). Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung der Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für psychische Fehlewicklungen nach einem Unfall entwickelten Kriterien (sog. Psycho-Praxis) zu erfolgen. Diese Adäquanzkriterien werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und

von der Person des Untersu- chenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit wissenschaftlich anerkannten, apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 121 E. 9 und 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen). Allein die grundsätzliche Geeignetheit eines Ereig- nisses, zu einer Verletzung zu führen, reicht nicht, um diese als organisch objektiv ausgewie- sen zu betrachten. Gleiches gilt für den Umstand, dass unmittelbar nach dem Ereignis erstmals

E. 2.2.4

Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1).

E. 2.3

Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesund- heitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der In- validenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1, 143 V 148 E. 3.1.1; 134 V 109 E. 4.3, Urteil BGer 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (u.a. Urteil BGer 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der Wiederherstellung oder zu er- wartenden bedeutenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, wobei nur die unfallbedingt, nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (BGE 134 V 109 E. 4.3). Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeut- licht, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines po- sitiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Mass- nahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesund- heitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststel- lungen beurteilt werden (Urteil BGer 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3).

E. 2.4

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach ha- ben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Am- tes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Be- urteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe gel- tenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersu- chungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträ- ger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und

inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile BGer 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2;).

E. 2.5

Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

E. 2.6

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; Urteile BGer 8C_816/2013 vom

E. 4

■ 20

E. 4.1

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer wurde von der Rettung ins Kantonsspital X. überführt. Laut Austrittsbericht vom 13. Juli 2020 (SUVA-act. 11) war er dort nach CT-graphischem Ausschluss von intrakraniellen Traumafolgen (CT-Traumaspirale Schädel bis Abdomen ohne Nachweis akuter Traumafolgen [SUVA-act. 15]) zur 24-stündigen GCS-Überwachung stationär aufgenommen worden. Die initial persistierenden Kribbelparästhesien in beiden Händen bestanden am zweiten Tag nicht mehr. Aufgrund dessen wünschte der Patient keine weiteren bildmorphologischen Abklärungen. Die GCS-Überwachung war unauffällig. Der Patient konnte in gebessertem Allgemeinzustand entlassen werden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit bis 21. Juli 2020 und folgende

Diagnosen festgehalten: – Selbstlimitierende unklare Hemisymptomatik, Comotio cerebri, BWS und LWS Kontusion

10 ■ 20

E. 4.3

Auf Zuweisung der Hausärztin Dr. med. C.____ wurde der Beschwerdeführer am 4. August 2020 von PD Dr. med. D.____, Leitender Arzt Neurozentrum X.____, untersucht. In seinem Sprechstundenbericht vom 5. August 2020 (SUVA-act. 32) notierte er die Diagnose «Comotio cerebri am 7.7.2020». Unter dem Titel «Beurteilung» hielt er fest, im Vordergrund stünden Kopf- und Rückenschmerzen sowie kognitive Defizite. Die Beschwerdesymptomatik könne im Rahmen des Schmerzzustandes und der damit verbundenen Medikation erklärt werden. Aufgrund der Angabe des im Neurostatus nicht vollständig konklusiven sensiblen Hemisyndroms rechts, sei der Ausschluss einer traumatischen Läsion im MRI mittels SWI-Sequenzen und MRI HWS auszuschliessen. Ansonsten stehe die symptomatische Schmerzbehandlung im Vordergrund. Es seien keine weiteren Abklärungen vorgesehen. Am 18. August 2020 teilte der Neurologe der Hausärztin mit, das veranlasste MRI vom 13. August 2020 («MRI des Schädels nativ und mit KM i.v. und mit TOF-Angiographie intracraniell sowie MRI der HWS nativ» [SUVA-act. 75]) habe keine Hinweise auf eine traumatische Läsion am Hirnparenchym oder zervikalen Myelon respektive der HWS gezeigt (SUVA-act. 33).

E. 4.4

Dr. med. E.____, Praxis Y.____, berichtete der zuweisenden Hausärztin C.____ in seinem Erstkonsultationsbericht vom 16. Oktober 2020 (SUVA-act. 43) die Diagnosen: Chronische, posttraumatisch aufgetretene Dauer-Druckkopfschmerzen – 7.7.2020 Comotio Cerebri mit Bewusstlosigkeit – 13.8.2020 MRI Schädel/Angiographie/HWS unauffällig Der Patient beklage seit einem SHT mit Bewusstlosigkeit zwei Schmerzprobleme: «A) Ein kappenförmiger Druckschmerz vom Hinterkopf bis in den mittleren Kopf bds., welche durch Berührung verstärkt wird und den Patienten dazu gebracht hat die Haare zu kürzen. Dieser Schmerz sei opioid-sensibel. Eine Opioidreduktion ist gescheitert. B) Eher im vorderen Kopfbereich nach des Haaransatzes mehr rechtsseitige Schmerzen, die durch Lesen verstärkt werden können.»

E. 4.5

In seinem vorläufigen Abschlussbericht vom 10. November 2020 (SUVA-act. 59) berichtete Schmerzspezialist E.____, er habe mit dem Patienten die durchgeführte Medikamentenaustauschung und das weitere Vorgehen besprochen. Sodann listete er die Behandlungsvorschläge auf. Der Patient befinde sich immer noch in der akuten bis subakuten Phase nach einer traumatischen Hirnverletzung. Er klage nach wie vor über eine massive Photophobie sowie Konzentrationsstörungen und Erinnerungsschwierigkeiten. Da die empfohlene Medikation dem erfahrenen Neurologen zu überlassen sei und der Patient aufgrund verschiedener Termine an seine Grenze stosse, ziehe er sich zurück.

E. 4.6

Am 10. November 2020 stellte sich der Beschwerdeführer erneut dem Neurologen D.____ vor. Dieser hielt in seinem Sprechstundenbericht fest (SUVA-act. 62), das minim ausgeprägt sensible, lediglich bei Berührungen vorhandene Hemisyndrom, könne auch in

Zusammenschau mit dem MRI nicht objektiviert werden. Die im Neurostatus gezeigte leichtgradige Hemianopsie nach rechts, könne ebenfalls nicht erklärt werden. Es sei eine augenärztliche Untersuchung indiziert, jedoch sei ein organischer Kern fraglich. Im Vordergrund stehe weiterhin die Schmerzproblematik, sowie allenfalls eine Verarbeitungsstörung.

E. 4.7

Am 26. Oktober und 3. November 2020 wurde der Beschwerdeführer in der W.___ neuropsychologisch untersucht. Die leitende Neuropsychologin Dr. phil. F.___ und die leitende Ärztin G.___ hielten in ihrem Abklärungsbericht vom 3. Dezember 2020 (SUVA-act. 85) die Diagnose «leichte neuropsychologische Störung, am ehesten im Rahmen der Commotio Cerebri vom 7. Juli 2020» fest und eine unauffällige neuroradiologische Befundung.

E. 4.8

Der SUVA-Arzt Dr. med. H.___, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner neurologischen Beurteilung vom 13. Januar 2021 (SUVA-act. 90) zusammengefasst fest, es seien keine äusseren Verletzungen dokumentiert worden und sowohl das CT des Kopfes bis zum Becken als auch das MRI des Kopfes und des Halses hätten keine unfallbedingten intrakraniellen Pathologien oder traumatische Schädigungen des Hirnstammes bis zum oberen Brustmark gezeigt. Es sei daher bezüglich des wahrscheinlichen Kopftraumas von einer «leichten traumatischen Hirnverletzung» (LTHV) des klinischen

E. 4.9

Der wegen Störungen des rechten Gesichtsfeldes konsultierte Augenarzt Dr. med. I.___ konnte laut Bericht vom 8. Februar 2021 keine organische Ursache für die geklagte Beeinträchtigung finden (SUVA-act. 106 f.).

E. 4.10

Am 6. Mai 2021 konsultierte der Beschwerdeführer Dr. med. K.___, Ärztlicher Leiter Z.___. Dieser hielt in seinem Sprechstundenbericht vom 11. Mai 2021 (SUVA-act. 141) folgende Diagnosen fest: – Posttraumatische erhebliche kognitive Einschränkungen – Posttraumatisch rechtsdominanter, occipitaler Kopfschmerz (Hinterkopf) – Verdacht auf psychosoziale Belastungsfaktoren In der Folge erläuterte er die aus seiner Sicht empfehlenswerten Massnahmen.

E. 4.11

Am 28. Juni 2021 erfolgte eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung am Neurozentrum X.___. PD Dr. phil. L.___, Leiter der Neuropsychologie, hielt in seinem Bericht vom 29. Juni 2021 (SUVA-act. 177) zusammengefasst fest, es falle eine im Vergleich zur Erstuntersuchung in der W.___ erfreuliche Verbesserung der kognitiven Minderleistungen in den alters- sowie z.T. geschlechts- und bildungskorrigierten Normbereich auf. Aktuell könnten die aus dem Alltag berichteten kognitiven Leistungseinbussen testdiagnostisch nicht mehr objektiviert werden. Es handle sich dabei am ehesten um kognitive Begleitsymptome der anamnestisch und im klinischen Eindruck dominanten Kopfschmerzsymptomatik.

E. 4.12

Der zur neurologischen Verlaufsuntersuchung konsultierte PD Dr. med. D.__ hielt in seinem Bericht vom 5. August 2021 (SUVA-act. 188) fest, im Hinblick auf die durchgeführte Untersuchung bestünden im aktuellen Zeitpunkt keine Hinweise auf eine Hirnschädigung bei unauffälliger Schädel-MRT, klinisch-neurologischer, ophthalmologischer und nun normalisierter neuropsychologischer Untersuchung. Im Vordergrund stehe weiterhin eine chronifizierte Kopfschmerzproblematik.

E. 4.13

Die Neurologinnen Prof. Dr. M.__, Leitende Ärztin, und N.__, Oberärztin der Universitätsklinik für Neurologie, U.__, sahen den Beschwerdeführer in der Sprechstunde für Funktionelle Neurologische Störungen. In ihrem Sprechstundenbericht vom 8. September 2021 (SUVA-act. 210) notierten sie die Diagnose: Chronische Kopfschmerzen a.e. multifaktoreller Ätiologie mit/bei: – St. nach Commotio cerebri am 7. Juli 2020 – mögliche migräniforme Schmerzkomponente – Sekundäre zentrale Schmerzkomponente und Schmerzchronifizierung – Sekundäre neurofunktionelle Symptomausweitung im Sinne einer sensomotorischen Hemisymptomatik und konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung rechts, aktuell beinahe komplett regredient Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» hielten sie zusammengefasst fest, es stehe klar eine chronische Kopfschmerzproblematik sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrations-schwierigkeiten im Vordergrund. Diese Beschwerden seien zumindest initial posttraumatisch im Sinne einer Commotio cerebri zu interpretieren, mit im Anschluss sekundärer Chronifizierung im Sinne einer zentralen Schmerzkomponente. Die beschriebenen neurokognitiven Defizite betreffen vor allem Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen und sei ein häufiges

E. 4.14

Der wegen Schmerzresistenz gegenüber umfangreicher Pharmakotherapie sowie serotonerem Syndrom unter schmerzmodulierenden Antidepressiva konsultierte Pharmakologe Prof. Dr. med. O.__ berichtete am 8. September 2021 (SUVA-act. 219) von 4 vom Normaltyp abweichenden Genotyp-/Phänotyp-Konstellationen.

E. 4.15

Die SUVA-Ärztin med. pract. P.__, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztin für Neurologie, hielt in ihrer psychiatrischen Beurteilung vom 27. Oktober 2021 (SUVA-act. 234) fest, dass aufgrund der Aktenlage bei fehlender organischer Grundlage der Verdacht auf eine funktionelle neurologische Störung bestanden habe, weshalb die entsprechende Abklärung bei Prof. M.__ stattgefunden habe. Dabei seien chronische Kopfschmerzen, am ehesten multifaktorieller Ätiologie, mit sekundärer neurofunktioneller Symptomausweitung festgestellt worden, aber keine im Vordergrund stehende funktionelle/dissoziative/psychogene Störung (ICD-10 F44). Das Unfallereignis sei aufgrund von Art und Schwere nicht geeignet eine langandauernde psychische Störung hervorzurufen. Eine depressive Reaktion auf die im Vordergrund stehende Kopfschmerzproblematik und subjektiven kognitiven Störungen seien versicherungsmedizinisch noch nachvollziehbar, erreichten jedoch nicht das Ausmass einer depressiven Episode. Eigenständige psychische Gesundheitsfolgen oder ein relevanter, krankheitswertiger psychischer Vorzustand lasse sich nicht eruieren. Es lägen auch unfallfremde psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne das Belastbarkeitsprofil durch psychiatrisch/psychotherapeutische Massnahmen nicht mehr relevant verbessert werden.

E. 4.16

Am 20. September 2021 und 5. Oktober 2021 konsultierte der Beschwerdeführer die Neurologin PD Dr. med. Q.__. Diese hielt in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2021 (SUVA-act. 241) fest, die vom Beschwerdeführer beschriebenen rechts parietalen Schmerzattacken stechenden Charakters mit einer Dauer von ein bis zehn Minuten, hochfrequenter stechender Schmerz, 4-5 mal täglich auftretend, einhergehend mit lokal vegetativen Zeichen würden kompatibel mit einer Trigeminusneuralgie V1 erscheinen. Die am Hinterkopf lokalisierten kontinuierlichen Kopfschmerzen seien kompatibel mit posttraumatischen Kopfschmerzen. Das veranlasste MRT des Schädels und der hirnzuführenden Arterien zervikal und intrakraniell vom 13. September 2021 sei unauffällig. Das MRT der HWS mit Röntgenaufnahmen der HWS vom 13. September 2021 zeige im Vergleich zum Voruntersuch 8/2020 keine relevante Befundänderung (vgl. auch SUVA-act. 270).

E. 4.17

Der SUVA-Neurologe H.__ kam in seiner neurologischen Beurteilung vom 22. Dezember 2021 (SUVA-act. 248) zum Schluss, dass bis dato weiterhin keine namhaften und wahrscheinlich unfallkausalen Schädigungen des Nervensystems und der Augen des Versicherten hätten nachgewiesen werden können. In Bezug auf die weiterhin berichteten subjektiven Beschwerden und Einbussen seien einerseits keine weiteren Abklärungen zulasten der Unfallversicherung erforderlich, andererseits wäre durch eine weitere Behandlung keine wesentliche Besserung der berichteten Beschwerden zu erwarten.

E. 4.18

Der behandelnde Schmerzspezialist K.__ hielt in seinem Sprechstundenbericht vom 26. Januar 2022 (SUVA-act. 269) zusammengefasst fest, dass trotz zahlreicher Abklärungen noch immer der falsche therapeutische Zielpunkt verfolgt werde. So verfolge der Versicherte nach wie vor das Ziel einer suffizienten Schmerzlinderung, welches einerseits und offensichtlich aufgrund der Schmerzgenese auf einfache Weise nicht erzielt werden könne und andererseits durch die eigendynamisch durchgeführten Therapien zu noch mehr Problemen geführt habe. Prof. Russmann habe nebst dem Spannungskopfschmerz eine Trigeminale Kopfschmerzkomponente in den Raum gestellt. Da die hochzervikalen Afferenzen von Schmerzen und aber auch autonome Signale aus der Peripherie zusammen gebündelt würden, erkläre sich die Lokalisation im Trigeminusgebiet sehr gut. Hier stelle dann aber nicht die Affektion des 5. Hirnnervs (Trigeminusnerv) die Grundproblematik dar, wie man sie von einer Trigeminusneuralgie

E. 4.19

Im Rahmen des Einspracheverfahrens erfolgte am 16. September 2022 eine erneute ärztliche Beurteilung durch den SUVA-Neurologen Dr. med. R.__ (SUVA-act. 334). Der Versicherte, so der Neurologe, habe am 7. Juli 2020 eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten. Die geklagten Beschwerden seien in mehreren Fachdisziplinen abgeklärt worden. Eine unfallkausale Pathologie als Grundlage überdauernder Beschwerden in Form von kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Schmerzen im Bereich des Kopfes oder Halswirbelsäule hätten zu keinem Zeitpunkt objektiv nachgewiesen werden können. Unfallkausale Kopfschmerzen könnten höchstens während 6 Monaten nach dem Unfall durch diesen begründet werden. Aus den zeitnah zum Unfall erstellten Echtzeitdokumenten ergäben sich keine klinischen Hinweise auf Beschwerden

oder Befunde, hinweisend auf eine Trigeminusneuralgie rechts. 5. Die SUVA stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in erster Linie auf die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dres. med. Bathke, Schmidt und med. pract. Martin (vgl. E. 4.15, 4.17, 4.19 hiervor). Sie ging davon aus, dass die vom Versicherten noch geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung beruhten, die beim Unfall vom 7. Juli 2020 gesetzt worden wäre. Dieses Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie bereits ausgeführt, können versicherungsinterne Stellungnahmen beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2021 vom 11. Januar 2022 E. 8.2 mit weiteren Hinweisen) und keine, auch nur geringe, Zweifel an der Richtigkeit deren Schlussfolgerung bestehen. Vorliegend verfügten die SUVA-Ärzte über die aktuellen bildgebenden Untersuchungen (MRI, CT) mit eindeutigen Befunden und die Berichte der behandelnden Fachärzte, die persönliche Untersuchungen durchgeführt haben und konnten sich ein zuverlässiges Bild über den medizinischen Sachverhalt verschaffen. Die Stellungnahmen sind überdies für die streitigen Belange umfassend, leuchten

E. 5

■ 20

E. 6

■ 20 Beschwerden im betreffenden Bereich auftreten, zumal dies auf einen beweisrechtlich unzulässigen «post hoc ergo propter hoc»-Schluss hinausläufe. Auch der mangelnde Nachweis einer anderweitigen Ursache der Beschwerden genügt nicht, um auf eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge als Ursache schliessen zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 8C_310/2011, E. 4.5.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 6.1

Der Beschwerdeführer macht zusammengefasst geltend, der SUVA-Neurologe sei nicht auf seine im Einspracheverfahren vorgetragene Argumente eingegangen. Prof. Dr. O. ___ habe in seinem Bericht vom 8. September 2021 festgehalten, dass bei diesem schweren Zustandsbild noch eine erweiterte neurologische Beurteilung hilfreich sei. Der Versicherte habe ihn deshalb gebeten, eine Vorstellung bei PD Dr. med. Q. ___ zu veranlassen. Hinzu komme die Bemerkung der SUVA-Psychiaterin vom 27. Oktober 2021, wonach die initial bestandene sekundäre funktionelle sensomotorische Symptomatik und eine konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung rechts, bei fehlender organischer Grundlage als eigenständige psychische Störung anzusehen sei. Sodann habe die Neurologin Russmann nicht auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt, sondern eine neurologische Untersuchung durchgeführt. Sie habe die beschriebenen Schmerzattacken diagnostisch klar als Trigeminusneuralgie einordnen können. Aufgrund der klaren diagnostischen Ausgangslage hätte die SUVA feststellen müssen, dass der Sachverhalt aus neurologischer Sicht nicht umfassend abgeklärt sei. Es genüge nicht einfach lapidar zu sagen, derartige Kopfschmerzen würden innert 6 Monaten abklingen und seien mit der Diagnose eines Trigeminus Kopfschmerzens nicht ansatzweise vereinbar. Der SUVA-Neurologe habe

keine abschliessende neurologische Beurteilung des Kopfschmerzes vorgenommen. Ausserdem hätte die bislang unbeantwortete Frage, ob der klar diagnostizierte Trigeminus Kopfschmerz überwiegend unfallkausal als eine Krankheitsursache darstelle mittels neurologischem Gutachten geklärt werden müssen. Indem die SUVA diese medizinische Kardinalsfrage mittels Aktenbeurteilung umschiffte habe, verletzte sie den Untersuchungsgrundsatz. Er habe den klaren Nachweis eines Trigeminus-Kopfschmerzes erbracht. Nun habe die SUVA zu belegen, dass dieser überwiegend wahrscheinlich unfallfremd sei.

E. 6.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer gibt die beziehenden Berichte stark gekürzt und aus dem Zusammenhang gerissen wieder. Richtig ist, dass der Pharmakologe O. in seinem Bericht vom 8. September 2021 (vorstehende E. 4.14) ■ notabene wissend um die

E. 6.3

Als Zwischenergebnis ist damit festzuhalten, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses den noch geklagten Gesundheitsstörungen kein unfallbedingtes, (hinreichend) organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst wie nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde lag. Mithin war diesbezüglich der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG eingetreten und die Adäquanzprüfung ohne weiteres zulässig (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1). Es standen zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung auch keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung zur Diskussion (vgl. SUVA-act. 333). 7. Die Adäquanz der organisch nicht objektivierbaren Beschwerden hat vorliegend zu Recht unbestritten anhand der sogenannten Psycho-Praxis zu erfolgen (BGE 115 V 133). Die zunächst diagnostizierte *Commotio cerebri* sowie die weiteren im Verlauf in Betracht gezogenen Diagnosen stellen dabei keine dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungen dar und genügen zur Anwendung der sog. Schleudertrauma-Praxis nicht (Urteil BGer 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Die Adäquanzprüfung blieb seitens des Beschwerdeführers unbestritten. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass das Gericht im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen eine von der SUVA abweichende Adäquanzprüfung vorzunehmen hätte, erübrigt sich eine diesbezüglich vertiefte Auseinandersetzung. 8. Im Ergebnis ist nicht zu beanstanden, dass die SUVA ihre Leistungen per 28. Februar 2022 eingestellt hat. Bei dieser Ausgangslage kann auf weitere Abklärungen, insbesondere auf ein Gerichtsgutachten verzichtet werden. Demnach ist die gegen den Einspracheentscheid vom 2. März 2022 erhobene Beschwerde abzuweisen. 9. Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG). Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

E. 7

■ 20

E. 8

■ 20 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger

allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf die Berichte behandelnder Ärzte (Hausärzte oder spezialärztliche Fachpersonen) darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 11

■ 20

E. 12

■ 20 Schweregrades 1-2 auszugehen. Damit sei die diagnostizierte Comotio cerebri (alter Begriff für LTHV) nachvollziehbar. Nach einer solchen seien für wenige Tage bis höchstens wenige Wochen unspezifische, neurologisch anmutende Symptome erklärbar. Grundsätzlich sei auch ein akutes posttraumatisches Kopfwehsyndrom vorstellbar, mithin die geklagten Kopfschmerzen unterschiedlichen Charakters, für den Zeitraum bis drei Monate nach dem Unfall erklärbar. Bei fehlenden Zeichen für eine traumatische Schädigung des Kopfes oder des Gehirns könne kein Übergang in einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz begründet werden. Neurologisch könnten die Kopfschmerzen ■ in der Bildgebung ersichtlich ■ auch als Folge einer krankheitsbedingten Sinusitis erklärt werden. Für die längerfristig in der klinisch-neurologischen Untersuchung angegebenen Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Gesichtes, des rechten Armes und des rechten Rumpfes ergeben sich in detaillierter Bildgebung des Gehirns und des Hirnstammes keine Korrelate. Ebensowenig ist für die, mit erheblicher zeitlicher Latenz zum Unfall vom 7. Juli 2020, geklagten geringen Gesichtsfeldeinschränkungen nach links in der Bildgebung des zentralen Nervensystems ein Korrelat zu finden. Es zeigen sich auch keine Folgen einer Ischämie oder Blutung im Verlauf der Sehbahn vom Chiasma opticum bis zum optischen Kortex. Trotz radiologischer Befunde sei ein Gesichtsfelddefekt augenärztlich auszuschliessen. Abgesehen davon seien aus neurologischer Sicht keine weiterführenden neurologischen, neuropsychologischen oder neuroradiologischen Abklärungen von Unfallfolgen indiziert.

E. 13

■ 20

E. 14

■ 20 unspezifisches Begleitsymptom sowohl chronischer Schmerzen als auch neurofunktioneller Störungen. Inwiefern auch die Opioidmedikation das Testresultat beeinflusse, müsse offengelassen werden. Der Patient leide seit dem Unfall vom 7. Juli 2020 an persistierenden Kopfschmerzen, wobei zwei Schmerztypen aufträten: «1)

Punktförmiger Schmerz am Hinterkopf (worauf er gestürzt sei); drückender, dumpfer Schmerz, tendenziell zunehmend bei Erschütterung. Ansonsten keine beeinflussenden Faktoren. Die Schmerzen würden nie komplett verschwinden, jedoch in der Intensität zwischen 4/10 ■ 10/10 variieren (...). 2) Stechender Schmerz in der rechten Schläfengegend, ebenfalls nie komplett regredient jedoch variabel in der Intensität zwischen 2/10 ■ 10/10. Dieser Schmerz trete gehäuft bzw. verstärkt bei Stress und vermehrter Belastung auf, hingegen würde Meditation tendenziell helfen. Auch Oxynorm würde diesen Schmerz lindern. Es bestehe eine gewisse Photophobie (...).

E. 15

■ 20

E. 16

■ 20 kenne, sondern der Umstand, dass die ständigen Schmerzauffälligkeiten aus den beschriebenen Gebieten ein Chronifizieren begünstigten, gerade weil therapeutisch weniger Optionen bestünden.

E. 17

■ 20 in der Darlegung und Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalten nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Weder aus den medizinischen Akten noch die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik ergeben ■ wie sich sogleich zeigen wird ■ Anhaltspunkte, die auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit zu wecken vermögen. 6.

E. 18

■ 20 Konsultationen des Beschwerdeführers beim Neurologen D. (vgl. SUVA-act. 219, «Anamnese») ■ «eine erweiterte neurologische Beurteilung als hilfreich erachtete» und «auf Wunsch des Versicherten» einen Termin bei seiner Ehefrau, der Neurologin Q., vermittelt (vorstehende E. 4.16). Da der Versicherte zu diesem Zeitpunkt bereits mehrfach neurologisch untersucht worden war (vgl. vorstehende E. 4.3, 4.6, 4.12, 4.13) lässt sich alleine aus dieser Aussage keine mangelhafte Abklärung der SUVA ableiten. Dies gilt auch für die aus dem Zusammenhang gerissene Aussage der SUVA-Psychiaterin P. (vorstehende E. 4.15). Sie hat die Frage nach dem Vorliegen einer eigenständigen sekundären psychischen Störung explizit verneint, gleichzeitig aber festgehalten, dass die initial aufgetretene sekundäre funktionelle sensomotorische Halbseitensymptomatik und die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung rechts bei fehlender organischer Grundlage eine eigenständige psychische Störung wäre und im ICD-10 mit F44.7 codiert sei. Allerdings sei diese Problematik bereits nach kurzer Zeit weitgehend remittiert und laut Prof. M. beinahe komplett regredient (SUVA-act. 234, S. 5 am Ende, vorstehende E. 4.13). Im Bericht der Psychiaterin finden sich weder Unklarheiten noch Ungereimtheiten, die einen weiteren Abklärungsbedarf indizieren. Schliesslich lässt sich dem Bericht der Neurologin Q. sehr wohl entnehmen, dass sich diese auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers stütze. Sei es die vom Beschwerdeführer geschätzte Bewusstlosigkeit von 45 Minuten (vgl. SUVA-act. 210, S. 1), für die sich in den zeitnah erstellten Echtzeitdokumenten kein Anhalt finden, als auch die (fast zeitgleich) andersorts zum Teil anders geschilderten Schmerztypen (vgl. dazu vorstehende E. 4.13). Sodann äusserte die Neurologin, anders als vom Beschwerdeführer behauptet, keinen klaren Nachweis, sondern bloss den Verdacht auf eine Trigeminusneuralgie. Eine Verdachtsdiagnose, die auch den behandelnden Schmerzspezialist K. nicht überzeugte (vorstehende E. 4.18). Soweit der

Beschwerdeführer mit der einlässlichen Präsentation der Begutachtungsleitlinien der führenden neurowissenschaftlichen Fachgesellschaften Deutschlands argumentiert, scheint er einerseits zu übersehen, dass dort das 3T-MRT mit SWI Sequenzen bei Patienten empfohlen wird, die in der akuten Bildgebung keine eindeutig pathologischen Befunde ausweisen und Monate nach dem Trauma noch nachweisbare neuropsychologische Defizite aufweisen. Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall (vgl. vorstehende E. 4.11, 4.13, 4.15). Andererseits wurde am 13. September 2021 im Auftrag von Dr. Q.____ ein entsprechendes MRT mit SWI-gewichteten Sequenzen durchgeführt (vgl. u.a. vorstehende E. 4.16 und SUVA-act. 334, S. 3). Die entsprechende Bildgebung des Schädels und der hirnzuführenden Arterien zervikal und intrakraniell war unauffällig (SUVA-act. 331).

E. 19

■ 20

E. 20

■ 20 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung gesprochen. 4. [Zustellung]. Stans, 8. Mai 2023 VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN Sozialversicherungsabteilung Die Vizepräsidentin lic. iur. Barbara Brodmann Der Gerichtsschreiber MLaw Reto Rickenbacher Versand: Rechtsmittelbelehrung: Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde 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 angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.

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