

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/120 vom 13. September 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-09-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2009\\_120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_120)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/120 du 13 septembre 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/120 del 13 settembre 2010

## **Regeste**

Art. 24 Abs. 1 und 36 Abs. 2 UVG. Abklärung der Voraussetzungen des Anspruch auf Integritätsentschädigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. September 2010, UV 2009/120).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist, ob der Beschwerdeführer als Folge des Unfallereignisses vom 10. September 2001 Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat. Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Deren Bemessung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens, welcher sich wiederum nach dem medizinischen Befund richtet. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35f Erw. 3c; BGE 113 V 221 Erw. 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1). Die Integritätsentschädigung setzt einen dauernden - voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehenden - Integritätsschaden voraus (vgl. Art. 36 Abs. 1 UVV; BGE 124 V 36ff Erw. 4). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV ist die Integritätsentschädigung anhand der Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen, welcher eine Grobskala der Integritätsschädigungen enthält. Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung dieser Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (so genannte Feinraaster) erarbeitet, welche Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll (BGE 124 V 32 Erw. 1c mit Hinweis).

### **E. 2**

2.1 Im Bericht vom 11. April 2003 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ein posttraumatisches Cervikovertebralsyndrom und Cervikocephalsyndrom mit Blockierung der HWS und Dysfunktion mehrsegmental (UV-act. 4, 19). Eine Arbeitsunfähigkeit aus Unfallgründen wurde von Dr. B.\_\_\_\_ verneint. Krankheitsbedingt hatte der Beschwerdeführer die Arbeit bis 23. April 2003 ausgesetzt und danach wieder voll aufgenommen (UV-act. 20-22). Im Bericht vom 26. August 2003 legte Dr. D.\_\_\_\_ bei

unveränderter Diagnosestellung dar, der Patient habe nach wie vor diese Schmerzen im Nacken mit cervikal bedingten Kopfschmerzen, die auf eine Blockierung der oberen HWS zurückzuführen seien. Der Patient arbeite 100 %, sei aber mit dem Zustand nicht zufrieden (UV-act. 28). Anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung vom 11. September 2003 fand Dr. med. F.\_\_\_\_ ein Cervikalsyndrom ohne neurologische Ausfälle bei degenerativem Vorzustand (nicht suva-versicherte Kyphosierung der mittleren HWS C3-C6, Chondrose C4-C5 und C5-C6, beginnende Spondylarthrose und Unkarthrose). Hinsichtlich des Vorzustands verwies der Arzt auf HWS-Aufnahmen vom 18. Februar 2000 und hielt fest, die Röntgenbilder hätten sich seit dem 18. Februar 2000 in keiner Weise verändert oder verschlimmert. Der Kausalzusammenhang der aktuellen cervikalen Beschwerden zum Ereignis vom 10. September 2001 sei medizinisch doch etwas fragwürdig. Man könne dies höchstens im Sinn der Traumatisierung eines krankhaften Vorzustands einigermaßen erklären. Atypisch sei die Beschwerdezunahme nach einer doch sehr langen beschwerdearmen Phase (UV-act. 29). Die Ärzte der Thurgauer Klinik J.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 13. Oktober 2003 ein chronisches cervikovertebrogenes und -cephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 10. September 2001. Der Beschwerdeführer hatte anlässlich der Untersuchung unter anderem angegeben, er treibe deutlich weniger Sport als früher. Andere Beschwerden (Schwindel, Tinnitus, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit) wurden verneint (UV-act. 38). Am 15. Dezember 2003 gab der Beschwerdeführer an, es bestünden zwar noch Unfallfolgen, diese seien aber erträglich. Hierauf erfolgte der Fallabschluss (vgl. UV-act. 40).

2.2 Nach der Rückfallmeldung vom November 2006 vermerkte Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht zuhanden des damaligen Rechtsvertreters vom 14. November 2006 unter anderem, der Beschwerdeführer habe sich nach seinen Angaben mit den Beschwerden arrangiert. Die Einschränkungen seien allein auf den Unfall vom 10. September 2001 zurückzuführen; vor dem Unfall sei er völlig beschwerdefrei gewesen (UV-act. 43). Am 21. Dezember 2006 gab der Beschwerdeführer dem Suva-Aussendienstmitarbeiter unter anderem an, dass er von 2003 bis 2006 weiterhin in Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ gestanden habe. Die Schmerzen hätten sich in unterschiedlicher Intensität gezeigt, seien aber nie ganz weg gewesen. Er habe einen schmerzhaften Alltag, spüre bereits am Morgen Schmerzen im Nacken und im Hinterkopf. Therapien würden im Moment keine durchgeführt. Medikamente (Aspirin, div. Schmerzmittel) habe er über die Sanität des Betriebs erhalten. Der Beschwerdeführer wurde auf Anfrage hin über die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung orientiert (UV-act. 48). In der Beurteilung vom 28. September 2007 kam Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ zum Schluss, es lägen Röntgenbilder der HWS vom 11. Oktober 2006 vor, welche nach wie vor den S-förmigen Verlauf der HWS ohne Veränderung der leichten degenerativen Zeichen zeigen würden, wie sie bereits auf den Aufnahmen von 2001 vorliegen würden. Es bestünden keine monosegmentalen Veränderungen, die auf eine ligamentäre Läsion und/oder Instabilität hinweisen würden. Solche hätten sich auch in den früheren Aufnahmen von 2003 nicht bestätigt. Somit seien keine strukturellen Unfallfolgen nachweisbar. Der Patient habe auch einen Vorzustand mit dokumentierten Röntgenbildern von 2000. Sowohl die Bilder aus dem Jahr 2000 als auch diejenigen von 2003 lägen heute nicht vor. Dies sei aber für die aktuelle Stellungnahme auch nicht massgebend, da die Bilder von 2006 im Vergleich zu 2001 keine Veränderung zeigen würden. Die Bilder von 2003 seien auch bis auf die Kyphose ohne pathologischen Befund und ohne posttraumatische Veränderungen beschrieben worden (UV-act. 4). Nachdem bereits 2003 die Fragwürdigkeit des natürlichen Kausalzusammenhangs medizinisch erklärt worden sei, ergebe sich auch heute keine

Veränderung zu den Feststellungen im kreisärztlichen Bericht von 2003. Die von den Kollegen (J.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_) gefundene mehrsegmentale Störung hochcervikal lasse sich auch nicht einer Unfallfolge zuordnen, sondern sei unter Berücksichtigung der anatomischen Variante der S-förmigen HWS am ehesten im Sinne eines degenerativen Leidens bzw. einer anatomisch morphologischen Variante zu interpretieren, auch unter Berücksichtigung des Vorzustands. Entsprechend resultiere auch kein Integritätsschaden aus Unfallfolgen (UV-act. 61).

2.3 Dr. D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 22. Februar 2008 aus, die Befunde seien gegenüber Oktober 2006 unverändert. Anlässlich des Unfalls vom 10. September 2001 sei es zu einer erheblichen Traumatisierung gekommen. Der Patient habe vorher nie Nackenbeschwerden gehabt, weshalb die aktuell geklagten Beschwerden im Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen würden. Er habe nach dem Bagatellunfall vom Februar 2000 nie Nackenschmerzen gehabt und sei deshalb nie in ärztlicher Behandlung gewesen. Er habe am 19. März 2003 eine HWS-Aufnahme gemacht und eine Kyphosierung der HWS, aber keine degenerativen Veränderungen gefunden. Im MRI-Befund vom 7. April 2003 würden ebenfalls keine degenerativen Veränderungen erwähnt. Zum Zeitpunkt der ersten HWS-Untersuchung im Jahr 2000 sei der Patient 19jährig gewesen; in diesem Alter gebe es praktisch nie degenerative Veränderungen ohne eine erkennbare Ursache. Degenerative Veränderungen würden zwar auch im Bericht von J.\_\_\_\_ erwähnt. Gegebenenfalls müssten jedoch die MRI-Aufnahmen vom 7. April 2003 nochmals durchgesehen werden. Er (der Arzt) wisse nicht, was eine erhebliche Schädigung sei. Klinisch finde man die Bewegungseinschränkung im Bereich der oberen HWS. Radiologisch finde man aber keine pathologischen Befunde. Die Schmerzangaben des Patienten seien glaubwürdig, weil sie konsistent und immer gleich seien. Die Erheblichkeit der Beschwerden könne man mit objektiven Parametern nicht messen. Wenn der Patient die Einschränkung erheblich finde, dann werde sie wohl auch erheblich sein (UV-act. 63). In der Stellungnahme vom 26. März 2008 bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ seinen Standpunkt. Das Prinzip post hoc ergo propter hoc genüge allein nicht, um die Kausalität zu begründen. Wenn die degenerativen Veränderungen in Zweifel gezogen würden, so gebe es noch wenige(r) Anhaltspunkte dafür, dass strukturelle Veränderungen zugrundelägen, welche die Beschwerden zu erklären und zu objektivieren vermöchten (UV-act. 67). Eine cervikale vertebrospinale Kernspintomographie C0 bis Th4 vom 9. Juli 2008 ergab erneut eine leichte kyphotische Fehllhaltung der HWS und im Übrigen altersentsprechende Befunde, insbesondere ohne Nachweis posttraumatischer Veränderungen (UV-act. 70, 73). Ein Upright MRI der HWS vom 11. August 2008 zeigte gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ eine eingeschränkte Beweglichkeit in den beiden unteren Segmenten der HWS mit persistierender Lordose in Flexion sowie Streckfehllhaltung der cranialen Segmente in Extension. Im Weiteren wurde eine etwas verschmälerte Bandscheibe C5/6 beschrieben und im Übrigen ein Nachweis degenerativer Veränderungen oder einer Neurokompression verneint (UV-act. 72). Ein weiteres Upright MRI der CCJ und HWS vom 27. Februar 2009 ergab gemäss Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ eine leicht eingeschränkte Aussagekraft der Untersuchung aufgrund von Patientenbewegungen. Eindeutige pathologische Veränderungen seien im Bereich der craniocervikalen Verbindung, der HWS und der oberen BWS nicht feststellbar. Lediglich die Kippbeweglichkeit C1/2 sei eingeschränkt (UV-act. 77).

### **E. 3**

3.1 Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar

sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Folglich kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit vielen Hinweisen sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). 3.2 Gemäss dem von Dr. B.\_\_\_\_ unmittelbar nach dem Unfall vom 10. September 2001 erhobenen Befund lagen bei frei beweglicher HWS keine sensomotorischen Defizite, keine Schiefhaltung und keine ossären Läsionen vor (UV-act. 2). Der Kernspintomographiebefund vom 7. April 2003 und die im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. April 2003 erwähnten Befunde ergaben eine leichte kyphotische Fehllhaltung der HWS. Halswirbelkörper und Bandscheiben waren in Ordnung. Ein eigentliches Wirbelgleiten und posttraumatische Veränderungen lagen nicht vor (UV-act. 4, 19). Diese Diagnosen wurden auch später bestätigt (UV-act. 73). Gemäss Suva-Tabelle 7.2 (Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaffektionen) ist auch für Kyphosen grundsätzlich eine Entschädigung vorgesehen, wobei diese nach Vermehrungsgrad und Schmerzfunktionsskala abgestuft ist. Welchem Vermehrungsgrad und welcher Schmerzfunktion die konkret in Frage stehende leichte kyphotische Fehllhaltung zuzuordnen wäre, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Nach Art. 36 Abs. 2 UVG werden Integritätsentschädigungen angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines versicherten Unfalls ist. Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, werden dabei nicht berücksichtigt. Konkret bestand beim Beschwerdeführer vor dem Unfall vom September 2001 unbestrittenermassen keine HWS-bedingte Erwerbsunfähigkeit. Es stellt sich demgemäss vorweg die Frage, ob eine (teilweise) Unfallkausalität der leichten kyphotischen Fehllhaltung im HWS-Bereich zu bejahen ist. 3.3 Während der Beschwerdeführer vorerst am 20. Mai 2003 angegeben hatte, vor dem Ereignis vom 10. September 2001 nie Rücken- und Nackenprobleme gehabt zu haben (UV-act. 22), erklärte er am 11. September 2003 auf den Hinweis des Suva-Casemanagers, wonach bereits im Februar 2000 - also lange vor dem hier in Frage stehenden Unfall - Röntgenaufnahmen der HWS erstellt worden seien, dass er im Februar 2000 einen Auffahrunfall verursacht habe (UV-act. 30). Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 16. September 2003 über den (von der Genfer-Versicherung übernommenen; UV-act. 33, 36) Unfallschaden vom 18. Februar 2000, in dessen Folge er die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas stellte. Er habe damals einen Halskragen verordnet und den Patienten für einen Tag arbeitsunfähig geschrieben. Der Arbeitgeber habe am 19. Februar 2000 mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer Kopfweh geltend mache und immer häufiger fehle. Am 15. März 2000 habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er betreffend der HWS beschwerdefrei sei und keine Kopfschmerzen bestünden. Weitere Behandlungen hätten keine mehr stattgefunden (UV-act. 34). Den Ärzten der Klinik J.\_\_\_\_ hatte der

Beschwerdeführer sodann im Oktober 2003 erklärt, vor allem nach dem Fussball doch etwas mehr Schmerzen zu haben (UV-act. 38). Demgegenüber stellte Dr. D. \_\_\_ im November 2006 unter anderem fest, seit dem Unfall von 2001 spiele der Beschwerdeführer nicht mehr Fussball, weil davon Kopf- und Nackenschmerzen bekomme (UV-act. 43). Am 14. Juni 2003 hatte er sich aber beim "Tschutten in der Badi" - diese Beschäftigung war offenbar trotz des ärztlich bestätigten cervikalen Schmerzsyndroms möglich - die Zehe gebrochen und die Arbeit einen Tag ausgesetzt (UV-act. 23). Im Weiteren gab der Beschwerdeführer im Dezember 2006 an, von 2003 bis 2006 weiterhin in Behandlung bei Dr. D. \_\_\_ gestanden zu haben (UV-act. 48), wohingegen Dr. D. \_\_\_ selbst am 9. Januar 2007 berichtete, in der Zeit vom 26. August 2003 bis 14. Oktober 2006 habe er den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen. Seit Sommer 2003 sei (bis zum Berichtszeitpunkt) bei ihm keine Behandlung mehr erfolgt (UV-act. 47). Am 14. August 2007 gab auch der Beschwerdeführer telefonisch bekannt, die Behandlung sei abgeschlossen; er habe sich mit den Beschwerden arrangiert (UV-act. 54). All dies lässt sich inhaltlich nicht ohne Weiteres miteinander in Einklang bringen und spricht insgesamt nicht für das Vorliegen von erheblichen Beschwerden im HWS-Bereich im Sinn von Art. 24 Abs. 1 UVG und Art. 36 Abs. 1 UVV. Ausschlagend erscheint aber, dass gemäss Feststellung von Kreisarzt Dr. F. \_\_\_ im Bericht vom 11. September 2003 bereits am 18. Februar 2000 HWS-Aufnahmen angefertigt worden waren mit dem genau gleichen Befund wie die HWS-Aufnahmen von 2001 und 2003. Klar sei, dass es sich bereits damals am 18. Februar 2000 nicht um etwas Frisches gehandelt habe (UV-act. 29 S. 2). Zweifel an der Zuverlässigkeit dieser Feststellung werden weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich. Die Feststellung wird auch von Dr. D. \_\_\_ nicht in Frage gestellt, zumal diesem Arzt die Röntgenbilder von 2000 gar nicht zur Verfügung standen (UV-act. 63). Die auch im Jahr 2008 bestätigte leichte kyphotische Fehlhaltung (UV-act. 73) ist demgemäss als vorbestehend anzusehen. Zur Diskussion stehen kann daher einzig, ob sich hier durch den Unfall vom September 2001 eine dauerhafte und erhebliche Verschlimmerung ergab. Ob es sich beim Vorzustand, wie von Dr. F. \_\_\_ postuliert, um degenerative Veränderungen handelt, oder nicht (Dr. D. \_\_\_), kann dabei offenbleiben, zumal auch ein degenerativ bedingter Vorzustand eine Unfallverschlimmerung nicht zum vornherein auszuschliessen vermag.

3.4 Aufgrund der einschlägigen Literatur (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff) ist nach einem Unfall ohne strukturelle Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung bei degenerativen Veränderungen nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Konkret lagen nach der ersten Rückfallmeldung beim Beschwerdeführer ab August 2003 weder eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit noch eine Arbeitsfähigkeitseinschränkung vor (UV-act. 47), was klar darauf hindeutet, dass eine allfällige, durch das Ereignis vom 10. September 2001 bedingte Verschlimmerung spätestens in jenem Zeitpunkt abgeheilt war. Der Beschwerdeführer hatte im Übrigen neben den Nacken- und Kopfschmerzen zu keinem Zeitpunkt über Beschwerden geklagt, welche im Rahmen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung typischerweise auftreten. Solche wurden zum Teil ausdrücklich verneint (vgl. UV-act. 2, 4, 18, 20, 28 S. 2, 29, 32, 38 S. 3, 43, 48 S. 2). Auch vor diesem Hintergrund wäre eine natürliche Unfallkausalität zu verneinen. Am 29. November 2006 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin einen weiteren Rückfall melden, nachdem wie erwähnt von August 2003 bis Oktober 2006 keine Behandlungen mehr erfolgt waren und auch keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte. Nach der Rechtsprechung sind die Anforderungen an den Beweis des

natürlichen Kausalzusammenhangs im Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit umso strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem (erneuten) Eintritt der Gesundheitsschädigung ist (RKUV 1997, 188 Erw. 1c). Die Schlussfolgerung von Suva-Arzt Dr. C.\_\_\_\_, wonach die Fragwürdigkeit des natürlichen Kausalzusammenhangs der cervikalen Beschwerden zum Ereignis vom 10. September 2001 bereits 2003 erklärt worden sei (UV-act. 29) und sich auch heute keine Veränderungen zu den Ausführungen im kreisärztlichen Untersuchungsbericht von 2003 ergeben würden (UV-act. 61), erscheint insbesondere mit Blick auf den sehr langen behandlungsfreien Zeitraum mit - nach wie vor - voller Arbeitsfähigkeit begründet. Hieran vermag die Feststellung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2008, wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall vom 10. September 2001 nie Nackenbeschwerden gehabt habe und deswegen auch nie in ärztlicher Behandlung gewesen sei, nichts zu ändern, zumal insbesondere der letztgenannte Punkt nicht zutrifft (UV-act. 34). Ohne jede schmerz- oder bewegungsbedingte Einschränkung wäre nach dem (nicht Suva-versicherten) Unfall vom Februar 2000 wohl auch kein Halskragen verordnet worden. Auch das Kopfwere wurde bereits im Rahmen der Behandlung von Februar 2000 erwähnt (UV-act. 34). Der Beschwerdeführer lässt einwenden, die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_ seien zum Schluss gekommen, dass eine "Nozireaktion mit vermehrtem Anspannen der Muskulatur" vorliege, also eine schädigende Reaktion des Körpers auf den Unfall (act. G 1 S. 4). Dazu ist festzuhalten, dass sich daraus kein Unfallkausalzusammenhang ableiten lässt, zumal die Feststellung einer Nozireaktion (UV-act. 38), d.h. einer Reaktion auf etwas Schadenstiftendes (lat. nocere: schaden) noch nichts über Art, Auftreten und Ursache derselben aussagt. Auf den im Klinik-Bericht angeführten "doch erheblichen Leidensdruck" (UV-act. 38 S. 2) angesprochen, erklärte der Beschwerdeführer kurze Zeit später lediglich, eine ärztliche Behandlung von Unfallfolgen finde nicht mehr statt; die Beschwerden seien erträglich (UV-act. 40). Weder aus den dargelegten Berichten noch aus der Kernspintomographie vom 9. Juli 2008 (UV-act. 70, 73) oder aus den Upright MRI der HWS und des cranio-cervikalen Übergangs vom 11. August 2008 und 27. Februar 2009 (UV-act. 72, 77) lässt sich überwiegend wahrscheinlich auf das Vorhandensein von unfallbedingten Strukturläsionen (im Sinn von Verschlimmerungen) schliessen, zumal die Aussagekraft des zweiten Upright MRI durch Patientenbewegungen eingeschränkt war (vgl. UV-act. 77). Solche Aufnahmen können im Übrigen zwar einen bestehenden Gesundheitsschaden als solchen durchaus zuverlässig aufzeigen, sofern die Bildqualität stimmt. Nach der Rechtsprechung gelten jedoch fMRT-Untersuchungen (funktionale Aufnahmen) nicht als geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008 i/S K. [8C\_152/2007 = BGE 134 V 231] Erw. 5; vgl. auch BGE 134 V 109 Erw. 7.2 S. 119). Auch dem Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, vom 18. September 2009 (UV-act. 74.1) kann ein unfallbedingter objektivierbarer organischer Befund nicht entnommen werden. Sowohl die medizinischen Angaben (vorstehende Erw. 2) als auch die Darlegungen des Beschwerdeführers selbst (UV-act. 40, 43 S. 2 oben und 48 S. 2, UV-act. 54, 55) machen deutlich, dass weder eine augenfällige noch eine starke Beeinträchtigung (Art. 36 Abs. 1 Satz 2 UVV) vorliegt. Klinische Befunde ohne strukturell-unfallbedingten Hintergrund und subjektive Beschwerdeangaben (vgl. dazu UV-act. 63 S. 2) reichen für den Nachweis einer dauernden und erheblichen Schädigung im Sinn von Art. 24 Abs. 1 UVG für sich allein nicht aus. Eine weitere medizinische Begutachtung wäre bei dieser Aktenlage überwiegend wahrscheinlich nicht geeignet, zu neuen oder "besseren" Erkenntnissen zu

führen.

#### **E. 4**

Ohne Bedeutung für das vorliegende Verfahren ist der in den Akten liegende Bericht über die röntgenologische Beurteilung eines komplexen Meniscusrisses im rechten Knie (UV-act. 74), da eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus diesem Ereignis vorliegend nicht zur Diskussion steht.

#### **E. 5**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 6. November 2009 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.

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