

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00336 vom 30. März 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2004.00336

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00336 du 30 mars 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2004.00336 del 30 marzo 2006

Erwägungen

E. 3

3.1 In medizinischer Hinsicht stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

In der Unfallmeldung vom 22. April 1998 gab der Beschwerdeführer Verletzungen an der rechten Schulter und an den Halswirbeln an. Unter dem Titel "Art der Schädigung" vermerkte er "Schlüsselbeinbruch, Schulterblatt gebrochen, HWS, Psyche" (Urk. 9/2). Im Folgenden konzentrierte sich die Behandlung vorwiegend auf die Clavicula- und Schulterblattfraktur (Urk. 9/4, 9/7, 9/8, 9/17, 9/21).

Im Zwischenbericht vom 30. Juli 1998 sprach Dr. med. F. von Konzentrationsstörungen und einem imperativen Schlafbedürfnis (Urk. 7/18). In einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 2. September 1998 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer auch über Schmerzen an der Halswirbelsäule klagt, da er einen Schlag auf den Kopf erhalten habe. Er wolle aber diesbezüglich noch keinen Spezialisten aufsuchen (Urk. 9/19).

In ihrem Bericht vom 2. November 1998 diagnostizierte Dr. B. eine Distorsion der HWS, eine Commotio cerebri sowie einen Schockzustand. Sie berichtete über einen komplikationslosen Verlauf der Schulter-, Clavicula- und Scapulafraktur nach Osteosynthese. Von Seiten der HWS sowie der Commotio cerebri bestanden jedoch nach wie vor Beschwerden. Zudem entwickle sich eine Depression (Urk. 9/23).

3.2 Am 9. Dezember 1998 berichtete Dr. med. G., Chefarzt Neurologie, H. Klinik, wie folgt: Der jetzt 39-jährige Patient sei vor dem zur Diskussion stehenden Ereignis gesund, beschwerdefrei und voll arbeitsfähig gewesen und habe normal Sport betrieben. Im April 1998 sei er auf den Philippinen, am Strassenrand stehend, durch einen ins Schleudern geratenen Lastwagen erfasst und weggeschleudert worden (retro- und anterograde Amnesie, wahrscheinlich Commotio cerebri). Seine Frau sei auf der Stelle tot gewesen. Die Clavicula-Fraktur rechts sei nach der Repatriierung im C.-Spital chirurgisch versorgt worden. Ferner habe eine Scapula-Fraktur bestanden. Diesbezüglich gebe es nur noch diskrete Probleme. Zur Diskussion ständen Nacken-, belastungsabhängige Kopfschmerzen, asystematischer Schwindel, gelegentlich Nausea sowie neuropsychologische Defizite wie Frischgedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen, häufige Fehler beim Rechnen, Verlust der 3-D-Vorstellung. Die Symptome würden sachlich und präzise geschildert. Der Patient arbeite in einer Apotheke zu 80 %, zeitweise zu 100 %, wobei er beim vollen Einsatz eindeutig - vor allem - durch neuropsychologische Defizite überfordert sei. Endphasig zeige sich eine eingeschränkte schmerzhafte HWS-Beweglichkeit vor allem für Rotation wie auch Seitenneigung sowie eine paravertebrale Druckdolenz im Bereiche der mittleren HWS

beidseits. Die Röntgenbilder der HWS (seitlich sowie schräg) zeigten eine physiologische Lordose. Degenerative Änderungen seien keine ersichtlich. Ebenso wenig fanden sich ossäre Läsionen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Untersuchungsergebnisse kam Dr. G. ___ zu folgender Beurteilung: Unabhängig von der Clavicula- und der Scapula-Fraktur bestehe ein Status nach indirekter HWS- und direkter Schädelverletzung, eine Commotio cerebri mit posttraumatischem cervico-cephalem Syndrom sowie recht eindrücklich und präzise geschilderten neuropsychologischen Defiziten (Urk. 9/24).

E. 3.3

Anlässlich einer neuropsychologischen Untersuchung in der neurologischen Klinik des Spitals X. ___ am 6. Januar 1999 berichtete der Patient über Kurzzeitgedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, gelegentliche Wortfindungsstörungen und die mangelnde Fähigkeit, sich zweidimensionale Gebilde dreidimensional vorzustellen. Subjektiv belastend sei die extreme Müdigkeit (er müsse sich während der Arbeitszeit regelmässig zum Schlafen hinlegen) und die bestehende Durchschlafschwierigkeit. Seine Stimmung schwanke seit dem Unfall sehr, gestresst fühle er sich besonders bei anhaltender körperlicher und geistiger Tätigkeit. Auf Befragung gab der Patient an, dass er das traumatische Ereignis des Todes seiner Gattin gut alleine bewältigen könne und auf therapeutische Hilfe verzichten möchte. Zusammenfassend fanden die untersuchenden Ärzte eine deutliche Raumverarbeitungsschwäche. Die vorliegenden Befunde einer rechtstemporo-parietalen Minderfunktion seien atypisch nach Commotio cerebri, weshalb zusätzliche diagnostische Abklärungen und eine Kontrolluntersuchung in etwa einem Jahr vorgeschlagen würden (Urk. 9/26).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 8. Juni 1999 berichtete Dr. B. ___, im Vordergrund stehe immer noch grosse Müdigkeit. Nach kurzer Anstrengung sowie nach Lektüre sei der Patient erschöpft. Es bestehe ein Schlafbedürfnis. Im Hinblick auf die Körperverletzungen beständen keine Beschwerden. Im Nacken- und Schulterbereich (nach HWS-Distorsion) werde eine Physiotherapie durchgeführt (Urk. 9/13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F. ___ diagnostizierte Anfang November 1999 ein "posttraumatisches Stress-Syndrom". Sie berichtete über Schlafattacken, Konzentrationsstörungen und Schmerzzustände mit jeweils kurzfristiger Besserung beziehungsweise Verschlimmerung (Urk. 9/39). Im Bericht von Dr. F. ___ vom September 2000 war weiterhin von Schlafattacken und Konzentrationsschwierigkeiten die Rede (Urk. 9/48).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 11. Dezember 2000 sowie am 15. Januar 2001 unterzog sich der Beschwerdeführer neuropsychologischen Abklärungen. Im Bericht vom 2. Februar 2001 hielt die Neuropsychologin I. ___ fest, zum Zeitpunkt der Abklärung gebe der Patient an, immer noch unter Kopf- und Nackenschmerzen zu leiden. Wenn er die Region hinter dem rechten Ohr berühre, fühle er dort etwas wie elektrischen Strom. Er ermüde rasch und sei verlangsamt. Infolge Gedächtnisschwierigkeiten sei er gezwungen, sich viel mehr Notizen zu machen, und wegen der reduzierten Aufmerksamkeit würden ihm oft Flüchtigkeitsfehler unterlaufen. Immer wieder drehe er Sätze, verliere den Faden oder es komme zu Wortfindungsstörungen. Dass kognitive Defizite präsent seien, sei ihm erst einige Monate nach dem Unfall bewusst geworden, da andere Probleme, verursacht durch den Tod seiner Frau, im Vordergrund gestanden hätten

(Depressionen, Tremor, Insomnie). Zudem habe er ja wegen seiner Verletzungen nicht sofort wieder seine Tätigkeitsfähigkeit ausüben können (Urk. 9/57 S. 1).

zusammenfassend kam die Neuropsychologin zu folgender Beurteilung: Das Testprofil sei sehr unausgeglich und die Ergebnisse variierten von ungenügend bis überdurchschnittlich. Der Patient funktioniere intelligent bis in hohem Niveau des Normalbereichs, womit die Resultate in folgenden Bereichen übereinstimmen: schriftliches Rechnen, Kurzzeitgedächtnis für eine limitierte Menge figuraler Information, mentale Kontrolle, komplexe visuelle Aufmerksamkeitsspanne, Benennungsfähigkeit, semantische Wortflüssigkeit, schriftlicher Ausdruck, allgemeine visuell-konstruktive Fähigkeiten und problemlösendes Denken. Stereognosie und manuelle Geschwindigkeit seien erhalten in beiden Händen. Demgegenüber stünden verminderte Leistungen im kurz- und langfristigen Erinnern von logischer verbaler Information und von komplexer visueller Information, im Langzeitgedächtnis für wenig figurales Material, im sprachlichen und visuellen Lernen, in der auditiven Aufmerksamkeit, in der einfachen visuellen Aufmerksamkeit, in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, in der phonemischen Wortflüssigkeit, in den visuell-perzeptiven Fähigkeiten und in der visuell-motorischen Handlungsplanung. Die Feinmotorik sei beidseits reduziert. Es bestehe eine Ablenkbarkeit gegenüber auditiven Stimuli. Die Auswertung der Antworten auf verschiedenen Persönlichkeitssfragebogen habe ergeben, dass der Patient ausgesprochen hilfsbereit sei, sehr empfindlich und reizbar und dass er gelegentlich etwas unbeherrscht reagiere. Es bestehe eine Tendenz zur Entwicklung psychosomatischer Beschwerden. Eine übermässige dysphorische Stimmung sei nicht präsent, jedoch eine erhöhte Angst im Alltagsleben (Trait-Angst). Der Explorand habe die Test-Situation nicht beängstigend empfunden (State-Angst). Derart ausgeprägte Leistungsschwankungen liessen sich nicht allein mit einer erlittenen Hirnverletzung erklären. Ob und inwiefern überhaupt hirnorganische Faktoren beteiligt seien, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht eruiert werden, da das kognitive Funktionieren signifikant durch psychische Faktoren, Müdigkeit und Schmerzen beeinflusst werde (Urk. 9/57 S. 5).

3.6 Der behandelnde Psychotherapeut J. ____, Fachpsychologe FSP für Psychotherapie und Psychoanalyse, diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. Mai 2001 eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F62.8). Der Patient klage über seine nach wie vor bestehenden körperlichen Beschwerden: extrem schnelle Ermüdbarkeit, Kopf- und Nackenschmerzen. Es beständen ihm vor dem Unfall unbekannte Schwierigkeiten bezüglich Merkfähigkeit. Seine Aufmerksamkeit sei sehr leicht störbar; des Weiteren müsse er deshalb auch in seinem Geschäft Pausen einlegen. Er erlebe als ausgesprochen leistungsorientierter Mann die deutlich reduzierte Leistungsfähigkeit als kränkend und für seinen Selbstwert als ausgesprochen negativ. Er sei aber froh, wieder eine Ehefrau gefunden zu haben, die ihn vor allem so akzeptiere, wie er eben seit dem Unfall sei. Zusammenfassend kam der Therapeut zu folgender Beurteilung: Der Patient - Apotheker ETH - ein ausgesprochen intellektuell arbeitender Mann, sei durch die erhebliche Einschränkung seiner Grundfertigkeiten in seinem Selbstwert erheblich verunsichert. Obschon ihm auf der bewussten Ebene klar sei, dass er aller Wahrscheinlichkeit nach nie mehr seinen prätraumatischen Leistungsstandard erreichen werde, werde es einer der zentralen Punkte der Therapie sein, auch seine unbewussten und affektiven Seiten mit

dieser Realität auszuweichen. Dies werde mit diesem zur Rationalisierung und Intellektualisierung neigenden Patienten nicht einfach sein. Ziel der Therapie solle sein, durch eine Verbesserung seiner psychischen Befindlichkeit auch eine Milderung seiner chronischen Schmerzen erreichen zu können. Eine realistische Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit solle ihm ermöglichen, einen möglichst befriedigenden Mittelweg zwischen Unter- und Überforderung zu finden (Urk. 9/63).

3.7. Im MEDAS-Gutachten vom 18. Januar 2002 wurden als Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) ein abgelaufenes Schädel-Hirn-Trauma mit Comotio cerebri, HWS-Schleudertrauma und Claviculafraktur sowie Scapulafraktur und eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) aufgeführt. Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) wurden keine gestellt (Urk. 9/69 S. 8). Im Rahmen der polydisziplinären Untersuchung zeigte sich der körperliche Organbefund regelrecht. Es seien leichte Schmerzen im Schulterbereich nach Claviculafraktur rechts angegeben worden. Bei der veranlassten orthopädischen Konsiliaruntersuchung sei eine leistungsbeeinträchtigende Veränderung von orthopädischer Seite verneint worden. Bei der neurologischen Untersuchung habe sich kein Anhaltspunkt für eine zentral oder peripher-neurologische Ausfallsymptomatik gefunden. Die beschriebenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen verbunden mit reduziertem Durchhaltevermögen und erhöhtem Schlafbedürfnis seien vom Patienten nachvollziehbar geschildert worden. Im Gespräch habe sich ein eloquenter, angepasster, nicht ängstlich verstimmter Explorand gezeigt. Er habe keine produktiv-psychotischen Symptome gezeigt. Wesentliche Hinweise für eine hirnorganische Beeinträchtigung hätten sich ebenso wenig gefunden.

Zusammenfassend hielten die MEDAS-Ärzte fest, es sei davon auszugehen, dass es sich beim Exploranden um eine sehr leistungsfähige Primärpersönlichkeitsstruktur handle. Durch den Unfall sei es zu einer gewissen Allgemeinbeeinträchtigung gekommen. Eine fokal-neurologische Ausfallsymptomatik habe sich nicht nachweisen lassen. Die von ihm beschriebenen neuropsychologischen Beschwerden seien nachvollziehbar. Sie seien im Rahmen einer neuropsychologischen Testung quantifiziert worden. Eine starke Fluktuation der Leistungsfähigkeit werde beschrieben. Ihres Erachtens bestehe ein indirekter Zusammenhang zwischen dem Unfall und den derzeit beklagten Symptomen. Für eine traumatisch bedingte cerebrale Substanzschädigung sei die Symptomatik untypisch. Viel eher sei ein Zusammenhang zwischen dem Verlust der Ehefrau und der vermeidenden Grundhaltung des Exploranden zu sehen. Der Verlust der Ehefrau sei von ihm noch nicht adäquat verarbeitet worden. Er befinde sich derzeit bereits in psychotherapeutischer Behandlung, im Rahmen derer er versuche, seine derzeitige Situation über eine stützende Gesprächstherapie zu bewältigen. Berücksichtige man, dass er gewohnt gewesen sei, vor dem Unfall aussergewöhnliche Leistungen zu erbringen, sei es nachvollziehbar, dass er nach den traumatischen Ereignissen seine Leistungen auf dem hohen Niveau nicht mehr erbringen könne. Auf dieser Basis könne man von einer 40%igen Reduktion der Arbeitsfähigkeit ausgehen. Der Explorand bringe dafür die ausreichende Willenskraft auf, die täglichen Anforderungen zu bewältigen. Der Unfalltod der Ehefrau gelte als schweres Psychotrauma und werde bereits psychotherapeutisch begleitet (Urk. 9/69 S. 9).

3.8. Dr. E. hielt in seinem Gutachten vom 7. Januar 2003 fest, der Explorand leide noch immer unter unberechenbar auftretender Müdigkeit, Gedächtnis-,

Merkfähigkeit- und Aufmerksamkeitsstörungen. Beispielsweise suche er am Bahnhof das falsche Gleis auf. Bei anspruchsvoller Lektüre schlafe er nach 20 Minuten ein. Er beklage häufige Kopf- und Nackenschmerzen. Manchmal denke er noch an den Unfall, aber nicht mehr oft. Seit 1 1/2 Jahren stehe er in einer psychotherapeutischen Behandlung, wobei aber schon seit längerem keine ärztliche Betreuung mehr erfolge (Urk. 9/99 S. 11). Seine ausführliche Beurteilung fasste Dr. E.____ dahingehend zusammen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung beziehungsweise spätestens seit circa April 2000 keine unfallkausalen psychischen Störungen mehr vorliegen. Das jetzt noch vorliegende Klagebild müsse anderen Ursachen angelastet werden. In den letzten vier Jahren könne die Entwicklung des subjektiven Zustandsbildes des Versicherten wie so oft in ähnlichen Fällen als Ergänzungsreihe verstanden werden, wobei kausale (unfallbedingte) Beschwerden mehr und mehr von finalen (Wunsch nach Entschädigung für erlittene Unbill, Sicherung des wirtschaftlichen Fortkommens, Abnahme von Schuld, etc.) abgelöst werden und nun das Bild dominierten (Urk. 9/99 S. 21).

E. 4

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten ergibt sich, dass keine objektivierbaren somatischen Beschwerden mehr vorliegen: bereits im November 1998 berichtete Dr. B.____ über einen komplikationslosen Verlauf der Schulter-, Clavicula- und Scapulafraktur nach Osteosynthese (Urk. 9/23). Ebenso äusserte sich Dr. G.____ (Urk. 9/24). Im Rahmen der polydisziplinären Untersuchung durch die MEDAS zeigte sich der körperliche Organbefund regelrecht und gestützt auf die orthopädische Konsiliaruntersuchung wurde eine leistungsbeeinträchtigende Veränderung von orthopädischer Seite verneint (Urk. 9/69 S. 9). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Schmerzen des Versicherten keine somatische Grundlage aufweisen. Weitere diesbezügliche Abklärungen sind nicht nötig.

E. 4.2

Hinsichtlich der organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerden ist sodann zu prüfen, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 1. April 1998 ein Schleudertrauma und/oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat.

Der Beschwerdeführer wurde gemäss seinen Angaben von der Ladebrücke eines schleudernden Lastwagens erfasst und verletzte sich an der rechten Schulter und der Halswirbelsäule (Urk. 9/1, 9/88). Das Unfallgeschehen entspricht nicht demjenigen eines typischen Schleudertraumas (Peitschenhieb-Verletzung) der HWS. Fraglich ist, ob eine schleudertraumatische Verletzung (Kopfanprall mit Abknickung der HWS) vorliegt, welche praxisgemäss einem Schleudertrauma gleichzustellen ist (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Voraussetzung hierfür ist, dass im Anschluss an den Unfall Beschwerden aufgetreten sind, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS gehören (Erw. 2a des in RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 teilweise publizierten Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen C. vom 1. Mai 1997, U 43/96).

Den Akten ist zu entnehmen, dass erstmals Dr. B.____ in ihrem Bericht vom 2. November 1998 eine Distorsion der HWS sowie eine Commotio cerebri diagnostizierte und Beschwerden von Seiten der HWS und der Commotio festhielt (Urk. 9/23). Dr. G.____, der mit Bericht vom 9. Dezember 1998 von einer wahrscheinlichen

Commotio cerebri sprach, erwähnte erstmals Nackenschmerzen, belastungsabhängige Kopfschmerzen, asystematischen Schwindel, gelegentliche Nausea sowie neuropsychologische Defizite (Urk. 9/24). Von Kopf- und Nackenschmerzen ist schliesslich auch in den Berichten der Neuropsychologin (vom 2. Februar 2001; Urk. 9/57 S. 1), des behandelnden Psychotherapeuten (vom 1. Mai 2001; Urk. 9/63) sowie im Gutachten Dr. E.____s (vom 7. Januar 2003; Urk. 9/99 S. 11) die Rede. Die Ärzte der MEDAS bestätigten sodann die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas (Gutachten vom 18. Januar 2002; Urk. 9/69 S. 8). Es entspricht indessen einem allgemein anerkannten medizinischen Erfahrungsgrundsatz, dass Kopf- und Nackenschmerzen innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten müssen, um diesem zugerechnet werden zu können (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Gemäss den vorliegenden Arztberichten - und auch gemäss den Angaben des Beschwerdeführers selbst (vgl. Urk. 9/69 S. 2 unten) - sind die Kopf- und Nackenschmerzen jedoch erst nach einer längeren Latenzzeit von mehreren Wochen (oder sogar Monaten) aufgetreten. Auch andere zum typischen Beschwerdebild gehörende Symptome, wie rasche Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, depressive Entwicklung traten erst später auf. Eine schleudertraumatische Verletzung kann daher nicht mit der erforderlichen Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als ausgewiesen gelten.

4.3 Neben Dr. B.____ und Dr. G.____ diagnostizierten auch die Ärzte der MEDAS eine Commotio cerebri (Urk. 9/69 S. 8), ohne dass sie wesentliche Hinweise für eine hirorganische Beeinträchtigung gefunden hätten (Urk. 9/69 S. 9). Aufgrund dieser ärztlichen Angaben ist davon auszugehen, dass der Unfall eine Hirnerschütterung (Commotio cerebri) zur Folge hatte. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die mit einer Commotio cerebri einhergehende Schädigung des Gehirns grundsätzlich reversibel ist (vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 310). Im massgeblichen Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Januar 2003 war denn auch das für ein Schädelhirntrauma wie auch das für ein Schleudertrauma der HWS typische Beschwerdebild gegenüber den neuropsychologischen Beschwerden ganz in den Hintergrund getreten. Bereits die MEDAS-Ärzte hatten von einem abgelaufenen Schädelhirntrauma gesprochen (Urk. 9/69 S. 8). Die somatischen, nicht mehr mit organischen Verletzungsfolgen erklärbaren Beschwerden waren nicht sehr ausgeprägt. Der Beschwerdeführer litt in erster Linie an neuropsychologischen Defiziten (Urk. 9/69 S. 3 oben, Urk. 9/99 S. 11)

4.4 Es bleibt daher zu prüfen, ob die neuropsychologischen Störungen eine Folge des Unfalls vom 1. April 1998 sind. Bereits im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung am Spital X.____ im Januar 1999 wurden die Befunde einer rechtstemporo-parietalen Minderfunktion als atypisch nach Commotio cerebri bezeichnet (Urk. 9/26). Auch im Bericht der Neuropsychologin vom 2. Februar 2001 wurde festgehalten, dass sich derart ausgeprägte Leistungsschwankungen nicht allein mit einer erlittenen Hirnverletzung erklären liessen, wobei nicht gesagt werden konnte, ob und inwiefern überhaupt hirorganische Faktoren beteiligt seien (Urk. 9/57 S. 5). Die Ärzte der MEDAS konnten ebenfalls nur einen indirekten Zusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Symptomen herstellen. Viel eher sahen sie einen Zusammenhang zwischen dem Verlust der Ehefrau, der noch nicht adäquat verarbeitet worden sei, und der vermeidenden Grundhaltung des Beschwerdeführers (Urk. 9/69 S. 9). Dr. E.____ hielt fest, das spätestens seit April 2000 keine unfallkausalen psychischen Störungen

mehr beständen und das nun noch vorliegende subjektive Klagebild anderen Ursachen angelastet werden müsste (Urk. 9/99 S. 21).

E. 4.5

Gestützt auf die zur Verfolgung stehenden medizinischen Akten muss demnach die Frage, ob es sich bei den auch nach Ende Januar 2003 bestehenden - vorwiegend neuropsychologischen - Gesundheitsstörungen um eine natürliche Folge des Unfalls vom 1. April 1998 handelt, mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360) verneint werden. Unter diesen Umständen kann von einer Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs abgesehen werden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Max S. Merkli

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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