

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00327 vom 22. August 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00327

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00327 du 22 août 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00327 del 22 agosto 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst 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 beziehungsweise 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 gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffs Umschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien nennt das Eidgenössische Versicherungsgericht hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- Dauerbeschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Strittig und zu präzisieren sind die Fragen, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, die Übernahme der Heilungskosten und Taggelder per Ende März 2004 einzustellen, und ob sie die Kosten für das von PD Dr. med. C. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, am 8. Juli 2004 erstattete Parteigutachten dem Beschwerdeführer zu vergüten hat. Die Frage der Übernahme der gesetzlichen Leistungen über den 31. März 2004 hinaus hängt insbesondere davon ab, ob zwischen dem Unfallereignis vom 11. November 2002 und den nach Ende März 2004 weiterhin geltend gemachten Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 3

3.1 Am Unfalltag wurde der Beschwerdeführer in der Notfallstation des Universitätskrankenhauses T. ____. behandelt (Urk. 9/3 Ziff. 1). Dr. med. D. ____ stellte die Diagnose einer HWS-Distorsion (Urk. 9/3 Ziff. 5) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % voraussichtlich bis 14. November 2002 (Urk. 9/3 Ziff. 8).

3.2 Am 12. November 2002, mithin einen Tag nach dem Auffahrunfall vom 11. November 2002, suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt, Dr. med. E. ____, Arzt für Allgemeine Medizin/FMH, auf. Dieser stellte in seinem Bericht vom 27. November 2002 die selbe Diagnose wie Dr. D. ____ (vgl. Urk. 9/2 Ziff. 5) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % voraussichtlich bis Ende November 2002 (Urk. 9/2 Ziff. 8).

In seinem Bericht vom 16. Februar 2003 hielt Dr. E. ____ bei gleichlautender Diagnose (vgl. Urk. 9/7 Ziff. 1) fest, dass sich die Beschwerden langsam besserten, bei psychischer und physischer Belastung Kopfschmerzen und Schwindel auftraten und der Beschwerdeführer seine Arbeit am 9. Dezember 2002 wieder zu 50 % aufgenommen habe (Urk. 9/7 Ziff. 2 und Ziff. 4).

Am 17. April 2003 legte er dar, dass der Beschwerdeführer an ständigen linken Nackenbeschwerden - verstärkt bei der Arbeit - leide und erwählte erneut, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit am 9. Dezember 2002 wieder zu 50 % aufgenommen habe (Urk. 9/9 Ziff. 2 und Ziff. 4).

In seinem Bericht vom 10. Mai 2003 wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer an Schwindel leide und bei der Arbeit nach zwei Stunden Kopfschmerzen auftraten (Urk. 9/12 Ziff. 2 und Ziff. 4).

3.3 Am 2. Juli 2003 erfolgte am Medizinisch-Radiologischen Institut an der Privatklinik F. ____ in ____ ein MRI der HWS. In seinem gleichentags erstellten Bericht führte Dr. med. G. ____, Spezialarzt für medizinische Radiologie FMH, aus, es lägen eine breitbasige mediolateral rechtsseitige Diskushernie C5/6 mit deutlicher Impression des Duralsacks sowie eine Abflachung des Myelons und eingengtem rechtsseitigem Neuroforamen (mit wahrscheinlicher Irritation der Nervenwurzel C6) vor. Zudem bestehe eine breitbasige Protrusion C6/C7 mit deutlicher Impression des Duralsacks und einer beidseitigen Einengung der Neuroforamina mit gleichzeitiger Irritation der Nervenwurzel C7 (Urk. 9/19).

3.4 Der Beschwerdeführer wurde am 14. August 2003 in der Sprechstunde der Orthopädischen Chirurgie der H. ____ Klinik untersucht. PD Dr. med. I. ____, Neurochirurgie FMH, und Dr. med. J. ____, Assistenzarzt, Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, stellten in ihrem Bericht vom 18. August 2003 folgende

Diagnosen (Urk. 9/27 S. 1):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Status nach HWS-Distorsionstrauma (Auffahrunfall) am 11. November Ä Ä Ä Ä Ä 2002 mit chronischen zervikovertebrogenen sowie linksseitigen C7-betont Ä radikulären Schmerzen, dabei

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä CDH C5/C6 mediolateral rechts sowie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä CDH C6/C7 beidseits mit ausgeprägter Osteochondrose beider Segmente

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beurteilung gingen sie davon aus, dass beim Beschwerdeführer zwei Probleme vorliegen. Zum einen weist dieser ein Zervikobrachialgiesyndrom mit BSR-Abschwächung links und diffuser Hypästhesie C7-betont am linken Arm auf. Damit korreliert der breitbasige Bandscheibenvorfall C6/C7. Erstaunlicherweise scheint die Diskushernie C5/C6 rechts völlig asymptotisch zu sein, da der Beschwerdeführer im rechten Arm nie Schmerzen verspürte. Zum anderen bestehe ein HWS-Distorsionstrauma mit therapieresistenten Nackenschmerzen (Urk. 9/27 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die radiologischen Befunde seien derart eindrücklich, dass angesichts der starken Beschwerden und auch der Beschwerdepersistenz ihrer Ansicht nach eine Operation klar indiziert sei. Auch bei dem im Beurteilungszeitpunkt etwas prolongierten Verlauf sei diese Technik gut möglich. Sie bestehe in einer ventralen zervikalen Diskektomie C6/C7 und C5/C6 mit ventraler Spondylodese. Obwohl die Diskushernie C5/C6 rechts asymptotisch sei, sei dieses Niveau derart verschleissverändert, dass es bei einer alleinigen Spondylodese C6/C7 schnellstens dekompensieren würde. Zudem sei auf der Höhe C5/C6 durch den Bandscheibenvorfall bereits das Myelon leicht eingedrückt (Urk. 9/27 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Etwas verkompliziert werde die Situation dadurch, dass zudem ein HWS-Distorsionstrauma bestehe. Welchen Anteil der Beschwerden dieses habe, sei nicht zu sagen. Es könne also durchaus sein, dass der Beschwerdeführer nach der erwähnten Operation praktisch beschwerdefrei sei. Habe jedoch das Distorsionstrauma einen größeren Anteil an der Symptomatik, würden lediglich die radikulären Zeichen im Arm verschwinden, die Nackenschmerzen jedoch nur gering regredient sein und dann wie bei einem prolongierten Verlauf des Distorsionstraumas sehr hartnäckig bleiben (Urk. 9/27 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Trotzdem sei die Operation klar indiziert, da sich der Zustand des Beschwerdeführers nur verbessern könne und die radiologischen Befunde durchaus korrelierten. Bezüglich der Nackenschmerzen sei jedoch die Prognose fraglich (Urk. 9/27 S. 2).

3.5 Ä Ä Ä Ä Der Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin, Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, hielt in seiner aufgrund der schriftlichen Akten und der Befundberichte der bildgebenden Untersuchungen am 13. Oktober 2003 vorgenommenen Beurteilung fest, es sei unbekannt, welche Verletzung der Beschwerdeführer beim Auffahrunfall vom 11. November 2002 erlitten habe. Es sei zu vermuten, dass es zu Weichteilläsionen geringfügiger Art, wie sie für banale Einwirkungen typisch seien, also im Prinzip die leichteste Art einer Schädigung der HWS durch indirekte äußere Gewalt, gekommen sei (Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.1).

Wie vor allem in der Unfallversicherung tätige Leute festgestellt hätten, klagten die Patienten nicht selten über Beschwerden, die mehrere Wochen gelegentlich auch mehrere Monate lang anhielten. Bildgebende oder andere apparative Abklärungen führten in aller Regel und bei der klassischen Konstellation von Unfalldynamik und initialer Symptomatik (sogenannter Whiplash-Associated Disorders Grad I bis II, WAD) keinerlei Befunde zutage, welche die Beschwerden erklärten. Auch therapeutisch sei ausser palliativen Massnahmen (Schmerzmittel) in der Regel kaum etwas auszurichten. Invalidität nach solchen (geringen) Verletzungen gebe es praktisch nur im Zusammenhang mit entsprechender Entschädigungslage (wie Versicherungsdeckung, von der Versicherung bezahlte unwirksame Behandlung; Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.2).

Kennzeichnend sei, dass medizinisch keine Befunde objektiviert werden könnten. Palpationsbefund oder Einschränkungen bei der Kopfdrehung seien subjektiv oder höchstens semi-objektive Befunde. Bei WAD bis zum Grad II lasse sich objektiv keine Arbeitsunfähigkeit über wenige Tage nach dem Unfall hinaus begründen. Dies entspreche auch den Empfehlungen der Quebec Task Force; Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.3).

Bei den Befunden in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 im MRI vom 2. Juli 2003 (auch im CT vom 20. Februar 2003) handle es sich nicht um Folgen des Auffahrunfalles vom 11. November 2002. Es gebe auch keine Daten dafür, dass diese Veränderungen sozusagen verschlimmert worden wären, zum Beispiel so, dass sich nun deshalb ein Eingriff aufdrängte, dies weder auf anamnestischer Ebene (Angaben des Beschwerdeführers, Klagen über Symptome) noch auf der Befundebene (etwa Druckdolenzen) oder auf morphologischer Ebene (bildgebende Veränderungen; Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.4).

Die folgenden Ausführungen hätten sich auf die objektiv feststellbaren Veränderungen in den Segmenten C5/C6 und C6/C7, namentlich auf die knöchernen und bandscheibenbedingten Einengungen bezogen. Ob vom Unfall vom 11. November 2002 Beschwerden verblieben seien und worauf diese allenfalls basierten, sei nicht bekannt und könne anhand der Akten auch nicht erörtert werden - ausserhalb des bisher Dargelegten (Zusammenhang mit den Veränderungen an den unteren Halswirbelsäule). Es sei möglich, dass eine biomechanische/unfalldynamische Beurteilung eine ernsthafte Verletzung an der Halswirbelsäule mit weitgehender Sicherheit ausschliessen lasse (Geschwindigkeitsänderungen gemessen an Delta-v-Werten unter 11 km/h gälten zum Beispiel in Deutschland als irrelevant/ausschliessend für längerfristige Beschwerden oder gar für Invaliditäten; Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.5).

Sollten weiterhin, namentlich nach erfolgter (erfolgreicher) Spondylodese, Beschwerden verbleiben, die nicht mit diesen Segmenten erklärt werden könnten, so wären wohl gezielt auf die Art der Beschwerden weitere Untersuchungen indiziert, so zum Beispiel bei Schwindel eine neurootologische Abklärung. Es solche Abklärung könne unter anderem durch den eigenen ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin in Luzern durchgeführt werden (Urk. 9/37 S. 6 Ziff. 5).

Am 14. Oktober 2003 führte PD Dr. I. ___ beim Beschwerdeführer eine Diskektomie C5/C6 sowie C6/C7 mit Entfernung der Spondylose zur Dekompression der

abgehenden Nervenwurzel C6 und C7 links sowie eine Spondylodese C5/C6 und C6/C7 mit autologem Knochenspan durch (Urk. 9/50 S. 1).

Im Bericht vom 21. Oktober 2003 stellte PD Dr. I.____, nunmehr zusammen mit Dr. med. K.____, Assistenzarzt, Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, folgende Diagnosen (Urk. 9/51 S. 1):

- Chronische zervikovertebrogene und C6 und C7 betonte radikuläre Schmerzen bei

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 11. November 2002

- Zervikale Diskushernie C5/C6 und C6/C7

Sie führten weiter aus, der postoperative Verlauf sei komplikationslos. Es bestehe eine deutliche Regredienz der radikulären Schmerzsymptomatik links, und es lägen keine Paresen vor. Diskret beständen noch Hypästhesien im Dermatome C6 und C7 links bei Austritt. Bezüglich des zervikalen Zuganges beständen reizlose Narbenverhältnisse im Zeitpunkt des Austritts. Bis zur Nachkontrolle in sechs und zwölf Wochen seit dem Zeitpunkt der Beurteilung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/51 S. 2).

Bei im Wesentlichen gleichlautenden Diagnosen ging Dr. K.____ am 3. Dezember 2003 davon aus, dass der postoperative Verlauf komplikationslos mit deutlicher Regredienz der Schmerzsymptomatik links sei und dass bereits beim Austritt eine diskrete Besserung der Hypästhesien bestanden habe. Zwölf Wochen nach der Operation, mithin ab 14. Januar 2004, sollte die Aufnahme der Arbeit in einem Teilzeitpensum grundsätzlich möglich sein. Jedoch könne diese erst im Rahmen der abschliessenden Nachkontrolle festgelegt werden. Für körperlich schwere Arbeiten sei der Beschwerdeführer nicht einsetzbar (Urk. 9/52).

Am 12. Dezember 2003 führten Prof. Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Rechtsmedizin, Speziell Forensische Biomechanik, und Dr. sc. techn. M.____, eine biomechanische Kurzbeurteilung durch (Urk. 9/55/1 S. 1). Darin legten sie dar, dass die Geschwindigkeitsänderung beim Aufprall unterhalb oder knapp innerhalb des Bereiches von 10 bis 15 km/h betragen habe, was dazu geführt habe, dass sich der Beschwerdeführer relativ zu seinem Fahrzeug nach hinten bewegt habe (Urk. 9/55/2 S. 3).

Als Harmlosigkeitsgrenze für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden nach Heckkollisionen dürfe im Normalfall ein Wert für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des angestossenen Fahrzeugs im Bereich von 10 bis 15 km/h angenommen werden. Normalfall heisse, dass die biomechanisch relevante Situation eines Insassen derjenigen Situation entsprechen müsse, die bei der wissenschaftlichen Ermittlung dieses Bereiches vorgelegen habe, also zum Beispiel, dass die betroffene Person nicht älter als 50/55 Jahre sein dürfe, keine mehr als unerheblichen krankhaften oder traumatisch bedingten Veränderungen im HWS-Bereich vorlägen, und dass sie unmittelbar vor der Kollision keine Körperposition relativ zum Fahrzeuginnenraum inne gehabt habe, die eine zusätzliche Belastung hätten ergeben können. Kriterien wie Nicht-Gefasstsein und durch die Kollision überrascht, seien beim angewandten unteren Wert, also 10 km/h bereits mitberücksichtigt. Es sei im

individuellen Fall zu beurteilen, ob solche biomechanisch relevanten Kriterien vorlägen (Urk. 9/55/2 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An biomechanisch relevanten Besonderheiten seien die beobachteten degenerativen Veränderungen an der HWS zu berücksichtigen; es liege hier somit eine Abweichung vom Normalfall vor. Das Nichttragen der Sicherheitsgurte hingegen sei im vorliegenden Falle einer Heckkollision wenig relevant: Die Hauptbewegung des Insassen sei nach hinten gerichtet; die Gurten kämen allenfalls in einem sekundären, energiearmen Schwingen des Oberkörpers nach vorne zum Tragen, was aber aufgrund der geringen Kollisionsheftigkeit nicht von Bedeutung sei (Urk. 9/55/2 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar seien. Unter Berücksichtigung der festgestellten Abweichung vom Normalfall (degenerative Veränderungen an der HWS) seien sie eher erklärbar (Urk. 9/55/2 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Schädigung von Bandscheiben sei aus biomechanischer Sicht so zu betrachten, dass einerseits bei völlig gesunden Bandscheiben von jungen Personen extrem hohe Kräfte für eine Schädigung erforderlich seien. Solche rein traumatischen Schädigungen von Bandscheiben seien sehr selten und würden meist nur bei begleitenden sehr schweren Verletzungen bei Unfällen gesehen, die mit dem vorliegenden Ereignis nichts gemeinsam hätten. Andererseits seien die meisten Bandscheibenvorfälle nicht Folge eines Unfalles, sondern sie entstünden bei spontanen Bewegungen, die nicht einmal als Gelegenheitsursache zu bezeichnen seien. Dies komme dann vor, wenn der Faserring, welcher den Kern der Bandscheibe in Position halte, bereits sehr stark geschädigt sei, was aber keinesfalls Beschwerden verursachen müsse. So sei bekannt, dass bei ungefähr einem Drittel der erwachsenen Bevölkerung leichte Bandscheibenvorwölbungen im HWS-Bereich vorlägen, die jedoch keine Beschwerden verursachten. Wenn es dann aufgrund einer ungünstigen, spontanen Bewegung des Kopfes zum Riss der letzten noch intakten Anteile des Faserrings komme, entstünden Schmerzen, falls durch die Vorwölbung von Bandscheibenanteilen gewisse Nervenbahnen komprimiert würden und/oder andere Nervenstrukturen beeinträchtigt würden. Wenn also schon eine spontane Bewegung eine solche plötzliche Beschwerden verursachende Bandscheibenvorwölbung verursachen könne, so könne selbstverständlich jede auch noch so geringe mechanische äussere Einwirkung auf den Kopf ebenfalls eine solche Beschwerdesituation auslösen. Ob dann allerdings im Einzelfall die Beschwerden wirklich von diesen Bandscheibenabnormitäten herrührten, sei nicht allgemein beurteilbar; dies sei durch eine entsprechende medizinische Beurteilung zu entscheiden (Urk. 9/55/2 S. 3 f.).

3.9 Ä Ä Ä Ä Am 26. Februar 2004 stellte Dr. K. die selben Diagnosen wie in seinem Bericht vom 3. Dezember 2003 (vgl. Urk. 9/62 Ziff. 1). Er hielt weiter fest, dass nach dem operativen Eingriff vom 14. Oktober 2003 ein komplikationsloser Verlauf mit bei Austritt deutlicher Besserung der radikulären Schmerzausstrahlung sowie der Hypästhesien bestanden habe. Beim Beschwerdeführer spielten auch die im Rahmen der natürlichen Alterung einsetzenden segmental degenerativen Veränderungen mit Diskopathie eine Rolle, und es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten (Urk. 9/62 S. 1). Der Beschwerdeführer sei in einer körperlich höchstens mittelschweren, nicht monotonen

Tätigkeit ohne Flexions- oder Extensionsstellung der HWS mindestens zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 9/62 S. 2 Ziff. 2a-b). Schliesslich wies er darauf hin, dass die Behandlung bei ihnen abgeschlossen sei (Urk. 9/62 S. 1 Ziff. 3c).

3.10 In Ergänzung zu seiner Beurteilung vom 13. Oktober 2003 gab Dr. B. am 30. März 2004 eine zweite Einschätzung ab. Er hielt fest, der ergante Aktenstand stütze die bisherigen Erkenntnisse. Die wahrscheinlich sensible radikale Symptomatik im Segment C8, die im Jahr 2000 klinisch und neurographisch festgestellt worden sei, bewiese allerdings nicht, dass schon bandscheibenbedingte radikale Symptome in den nachmalig operierten Segmenten C5/C6 und C6/C7 bestanden hätten. Andererseits würden damit wahrscheinlich nackenbedingte radikale Symptome vor dem Ereignis belegt. Auf die Zusammenhänge zwischen dem Unfallereignis vom 11. November 2002 und den Diskopathien C5 bis C7 sei bereits eingetreten worden. Die Daten zur Unfalldynamik schlössen eine strukturelle Schädigung im eigentlichen Sinne an der HWS mehr oder weniger aus. Wie bereits dargelegt, könnten indessen auch sehr geringe Einwirkungen Nackenbeschwerden auslösen; vielleicht seien dafür minimale Gewebeschädigungen verantwortlich, die weit unterhalb dessen angesiedelt seien, was die Medizin im Beurteilungszeitpunkt nachweisen könne. Es sei somit sehr unwahrscheinlich, dass sich die Folgen des Unfalles vom 11. November 2002 mit irgendwelchen Untersuchungsverfahren nachweisen liessen (Urk. 9/65 S. 2 f.).

3.11 Im Auftrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstattete PD Dr. C., Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 8. Juli 2004 ein auf Anamnese (Urk. 9/96/2 S. 2), Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 9/96/2 S. 2), eigenen Befunden (Urk. 9/96/2 S. 2 f.), Aktenstudium (Urk. 9/96/2 S. 3 ff.) und bildgebenden Untersuchungen (Urk. 9/96/2 S. 8) beruhendes Gutachten. Darin nannte er folgende Diagnose (Urk. 9/96/2 S. 9):

- Zervikospondylogenes und zervikozephalisches Syndrom bei Status nach HWS-Beschleunigungstrauma sowie degenerativen Veränderungen mit Diskushernien auf Höhe von C5/6 und C6/7 und Status nach Spondylodese zwischen C5 und C7

In seiner Beurteilung gelangte er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer immer noch das klassische zervikozephalische und -brachiale Syndrom aufweise, wie es nach einem Beschleunigungstrauma zu sehen sei. Sowohl der zeitliche Zusammenhang und der Ablauf der Beschwerden als auch die Erklärung von Prof. Dr. L. und das neurophysiologische Verständnis einer Schmerzchronifizierung zeigten eindeutig, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers, die jetzt im Nacken- und Kopfbereich beständen, vorwiegend in direktem Zusammenhang mit dem Unfall ständen (Urk. 9/96/2 S. 11 Ziff. 2).

In Beantwortung der gestellten Fragen führte er aus, dass er die Auffassung von Dr. B. nicht teile. Der Beschwerdeführer habe mit Sicherheit eine vorgeschädigte Bandscheibe. Durch den Unfall sei aber eine wesentliche richtungsgebende Verschlimmerung aufgetreten. Diese habe zu einer neuen klinischen Situation und damit zur Operation geführt. Dies sei auch die Argumentation, wie sie Prof. Dr. L. betreffend der Belastbarkeit vorgeschädigter Bandscheiben darlege (Urk. 9/96/2 S. 12 Ziff. 3).

Die gegenwärtigen Gesundheitsbeeinträchtigungen seien direkte Folgen des Unfalls vom 11. November 2002. Inwiefern der Unfall vom 3. März 1998 eine wesentliche Rolle spielte, könne aufgrund der Akten nicht gesagt werden. Wie bereits dargelegt habe der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalles ungünstige Faktoren aufgewiesen, indem er vom Unfall überrascht worden sei, den Kopf rotiert gehabt und gerade unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen entwickelt habe. Dann sei die vorbestehend veränderte Bandscheibe durch den Unfall in der Gestalt verändert worden, dass sich eine klinische Symptomatik entwickelt habe. Mit anderen Worten habe sich beim Beschwerdeführer durch den Unfall erst ein zervikozephalales und zervikobrachiales Syndrom entwickelt, wobei sicher vorbestehend die degenerativen Veränderungen der HWS dazu beigetragen hätten (Urk. 9/96/2 S. 13 Ziff. 4).

Das Schmerzbild sei aber nicht nur durch die Bandscheibenveränderungen ausgelöst, sondern auch durch die Distorsion der Muskulatur. Diesbezüglich sei der Ablauf der Schmerzgenese bekannt, dass innert Stunden bis wenige Tage eine Veränderung im nozizeptiven System auftrete, die dann zu dauernden Schmerzen führte. Der Unfall sei der entscheidende Auslöser für die Beschwerden, aber nicht die alleinige Ursache (Urk. 9/96/2 S. 13 Ziff. 4).

Die Frage, wie sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ohne die Unfälle entwickelt hätte und insbesondere, ob unfallfremde Ursachen auch ohne diese Unfallereignisse aus ihrer eigenen Dynamik heraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätten, lasse sich reell gar nicht beantworten. Der Beschwerdeführer leide zwar an degenerativen Veränderungen der HWS. Ein Grossteil der Bevölkerung weise solche Degenerationen ohne relevante HWS-Beschwerden auf. Ein kleiner Prozentsatz entwickle akute oder chronische rezidivierende HWS-Beschwerden. Das Ausmass der degenerativen Veränderungen, die mit bildgebenden Verfahren festgestellt würden, seien aber nicht parallel mit dem Ausmass der Beschwerden. Deswegen sei es seiner Ansicht nach wissenschaftlich unhaltbar zu sagen, der Beschwerdeführer würde bei Veränderung der Bandscheibe oder Gelenke sowieso Beschwerden entwickeln. Noch viel weniger sei irgendeine Zeitangabe möglich, wann diese Beschwerden aufträten (Urk. 9/96/2 S. 13 f. Ziff. 5.1-5.2).

Am 29. Oktober 2004 nahm Dr. B. zum Gutachten von Dr. C. Stellung. Er führte aus, dass Dr. C. mit der These einer wesentlichen richtungsgebenden Verschlimmerung seiner Auffassung habe widersprechen müssen. Leider habe dieser nicht ausgeführt, was an der Bandscheibe verschlimmert worden sein könnte. Somit sei es für ihn (und wahrscheinlich auch für PD Dr. I.) nicht möglich, gezielt auf eine neue, dass heisse bisher nicht geführte Argumentation einzutreten. Demzufolge ergäben sich gegenüber den bisherigen Ausführungen keine neuen Erkenntnisse, namentlich auch deshalb nicht, weil die beiden (angeblich verletzten) Bandscheiben ja ausgetauscht und durch knöchernen Spine überbrückt/ersetzt worden seien. Anzumerken sei dazu vielleicht höchstens, dass die angrenzenden Bandscheiben im vergangenen Zeitraum, sei es durch schicksalsmässigen Verlauf oder durch geänderte Biomechanik wegen der beiden versteiften Segmente, offenbar radiologisch nicht fassbaren Schaden genommen hätten. Diese Erkenntnis lasse sich aber seines Erachtens nicht befriedigend in einer Argumentation verwenden, sei sie für oder gegen eine traumatische Schädigung durch das Ereignis vom November 2002 (Urk. 9/101 S. 3 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Neben den bandscheibenbedingten Problemen, die operativ angegangen worden seien und die primär auf die radikuläre Symptomatik abgezielt hätten (im Segment C5/C6 sei allerdings eine solche Symptomatik explizite ausgeschlossen worden), scheine im Beurteilungszeitpunkt eine diffusere Schmerzsymptomatik zu persistieren. Diese werde - zumindest zu einem Teil - einer Distorsion von Weichteilstrukturen an der HWS beim Unfall zugeschrieben. PD Dr. C. ___ denke, dass es sich um Muskelschmerzen handeln könne, die, wie einem beigehefteten Aufsatz von Prof. S. Mense aus der Zeitschrift **Ä Schmerz Ä** Jahrgang 2003 S. 459-463 zu entnehmen sei, von Hautschmerzen zu unterscheiden sei (Urk. 9/101 S. 3 Ziff. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä PD Dr. C. ___ vertrete die These, dass eine Schmerzchronifizierung vorliege - offenbar ausgehend von Muskelschmerzen, die irgendwie mit dem Unfall zusammenhängen, jedenfalls dann begonnen hätten respektive dadurch ausgelöst worden seien. Dass die einzelnen Schritte und Mechanismen, die zur Chronifizierung von Schmerzen führten und die letztlich von einem Schmerzstimulus (nozizeptivem Reiz) unabhängig würden, sehr kompliziert und erst in Teilen verstanden seien, werde von diesem allerdings etwas wenig deutlich dargelegt. Der Vorgang der Veränderung der Nozizeption trete schon innert wenigen Tagen nach einer Distorsion der Muskulatur auf (wahrscheinlich sei eine Zerrung, ein Muskelriss oder eine Kontusion gemeint gewesen; eine Distorsion der Muskulatur sei ihm als Verletzung nicht bekannt) und könne dann zu dauernden Schmerzen führen. Dies sei als mehr oder weniger bekannter Mechanismus für die Entstehung von chronischen Beschwerden nach einer HWS-Distorsion dargestellt worden. Weshalb dies allerdings nach banalen und in der Regel nicht einmal nachweisbaren Muskelverletzungen, wie man sie nach Heckkollisionen von geringer Gewalteinwirkung vermute, regelhaft vorkommen solle, hingegen praktisch nie nach den zahlreichen objektiv gut belegten Muskelverletzungen irgendwo am Bewegungsapparat, bleibe unerklärt. Wenn ein (traumatischer) Muskelschmerz regelhaft chronifiziert werde, so müsste dies etwas extrem Häufiges sein. So müsste man erwarten, dass zum Beispiel nach einem Fussballspiel zumindest ein Spieler langfristig oder dauernd an chronischem Schmerz leiden würde (Urk. 9/101 S. 4 Ziff. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es werde von einer hypothetischen Muskelverletzung (genannt werde eine Distorsion) irgendwo im Nackenbereich ausgehend auf eine hypothetische Schmerzverarbeitungsstörung irgendwo im Rückenmark oder im Gehirn gefolgert, und daraus dem Unfall die Rolle als entscheidender Auslöser der Beschwerden, jedoch nicht diejenige einer alleinigen Ursache zugeordnet. Dies sei sicher eine interessante These, aber durchaus nicht eine breit akzeptierte und somit für eine juristische Auseinandersetzung wenig geeignet. Hinzu komme, dass die nachweislich vorhandene strukturelle Veränderung, nämlich der Zustand nach 2-Etagen-Spondylodese in der Schmerzgenese nicht einbezogen worden sei. Es bleibe somit unklar, inwiefern der postoperative Residualzustand und inwiefern sogenannte **Ä Distorsionsfolgen Ä** für die Symptome verantwortlich seien. PD Dr. C. ___ scheine die Beschwerden vornehmlich, wenn auch nicht ausschliesslich, dem sogenannt klassischen zervikozephalen und -brachialen Syndrom, wie man es nach einem Beschleunigungstrauma sehe, zuzuordnen. Jedenfalls habe er sich ausserstande gesehen, eine Prognose zu wagen, ob der Beschwerdeführer auch ohne den Unfall - rein aufgrund des natürlichen Verlaufes der Bandscheibenabnützungen ähnliche oder gleiche Nackenbeschwerden bekommen hätte. Sein Hinweis darauf, dass eine schlechte Korrelation zwischen radiologischen Befunden respektive dem Ausmass von

degenerativen Veränderungen und Symptomen bestehe, sei völlig unzutreffend und mache in der Tat eine auf den Einzelfall bezogene Prognose über Beschwerdeauftritt und das daraus abgeleitete Verhalten praktisch unmöglich (Urk. 9/101 S. 4 Ziff. 6).

3.13 Aufgrund der Schwindelanfälle wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, untersucht. In seiner Beurteilung vom 20. Januar 2005 hielt dieser fest, anlässlich der neurootologischen Untersuchung habe er keine wesentliche Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems objektivieren können. Insbesondere bestehe sicher keine Störung der peripheren Vestibularisorgane und auch keine Störung der zentralen Balance. Hingegen fanden sich unter Belastung der HWS und zwar bei der Kopfdrehung nach rechts Zeichen einer zentralen vestibulären Funktionsstörung mit dem Nachweis eines isolierten Zervikalnystagmus in dieser Position und auch mit der isolierten Verminderung des Gain beim optokinetischen Nystagmus. Dieser Befund dürfte auch darauf hinweisen, dass durch eine lokale zervikale Reizung eine vestibuläre Beeinflussung stattfindet. Es liege also eine zervikogene vestibuläre Funktionsstörung vor, wobei über deren Ursache - HWS-Distorsion oder durchgemachter operativer Eingriff - keine Aussage gemacht werden könne, zumal präoperativ keine entsprechende neurootologische Abklärung stattgefunden hätte. Ob diese deswegen nicht stattgefunden habe, weil der Beschwerdeführer nach Schwindelbeschwerden nicht befragt worden sei oder aber zum genannten Zeitpunkt eventuell auch gar keine Schwindelbeschwerden bestanden hätten, sei rückblickend natürlich nicht feststellbar. Grundsätzlich und aufgrund der Erfahrungen könne aber meistens davon ausgegangen werden, dass nach HWS-Distorsionstraumata allfällige - durchaus auch typische - Schwindelbeschwerden von den Betroffenen auch spontan angegeben würden. Insbesondere auch, wenn sie bei bestimmten Bewegungen auftraten. Damit müsste aufgrund des im Beurteilungszeitpunkt dokumentierten Verlaufes eher davon ausgegangen werden, dass diese zervikogene vestibuläre Reizung eher postoperativ entstanden sein dürfte. Nähere, differenziertere Aussagen könnten zur Kausalität - wie bereits erwähnt - nicht gemacht werden (Urk. 9/106 S. 3 f.).

Im übrigen könne nochmals festgehalten werden, dass der neurootologische Status altersentsprechend absolut unauffällig sei. Insbesondere seien auch die vestibulo-spinalen Reflexe normal erhalten und die eigentliche Stabilität des Beschwerdeführers sei gut. Damit bestehe aus neurootologischer Sicht im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit nur insofern eine Einschränkung, als dass Tätigkeiten, welche die forcierte Kopfbewegung in der bereits beschriebenen Art erforderten, nur in sehr eingeschränktem Masse durchführbar seien. Sonst ergäben sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine weiter gehenden Einschränkungen (Urk. 9/106 S. 4).

Die im Beurteilungszeitpunkt festgestellte zervikogene zentrale vestibuläre Funktionsstörung sei als leichtgradig zu bezeichnen, wobei die Systematik der objektivierbaren pathodiagnostischen Systembefunde gemäss Tabelle 14 knapp 4 Punkte ergebe und damit äusserst knapp in die Kategorie "leicht" falle, und auch die subjektiven Beschwerden müssten im gesamten Kontext in diese Kategorie eingeteilt werden. Besondere, weiter gehende diagnostische oder therapeutische Konsequenzen ergäben sich aus neurootologischer Sicht nicht (Urk. 9/106 S. 4).

3.14. Am 21. April 2005 nahm PD Dr. C. ___ zur Beurteilung durch Dr. B. ___ vom 29. Oktober 2004 Stellung. Er erwähnte, dass aktenkundig vorher keine solchen Beschwerden vorgelegen hätten und dass der Unfall, wie das biomechanisch dargestellt werde, in der Lage sei, eine anatomische Schädigung hervorzurufen, vor allem bei einer vorgeschädigten Bandscheibe. Die klinischen Symptome, die behandlungsbedürftig seien, seien erst mit dem Unfall aufgetreten und eine *conditio sine qua non* (richtig wohl: *status quo sine*) könne nicht mehr erreicht werden. Es lägen entsprechend objektive Befunde in den bildgebenden Verfahren, eine entsprechende **Klinik** vor und sie hätten ein pathophysiologisches Konzept, wie es Prof. L. ___ dargestellt habe, das die Beschwerden erkläre. Wenn das alles nicht stimmen sollte, dann könne Dr. B. ___ darlegen, wieso zufällig mit diesem Unfall die Beschwerden aufgetreten seien oder dann solle er sich ganz klar äussern, dass er dem Beschwerdeführer nicht glaube (Urk. 9/112/5 S. 1).

Die nachweislichen strukturellen Veränderungen in der HWS seien beim Beschwerdeführer folgendermassen zu kommentieren: Vor dem Unfall habe er solche Veränderungen schon gehabt und diese hätten keine Beschwerden ausgelöst. Diesbezüglich sei auf die Epidemiologie hinzuweisen, wonach sehr viele Leute degenerative Veränderungen ohne Beschwerden hätten. Der Unfall sei geeignet, das Beschwerdebild des Beschwerdeführers auszulösen. Er habe keine andere **Klinik**, und er habe durchgehende Beschwerden seit dem Unfall, und man habe eine vernünftige Erklärung, wie Schmerzen chronifizieren könnten durch die neuroplastischen Veränderungen. Für ihn sei es beim Beschwerdeführer klar, dass die veränderte HWS durch den Unfall geschädigt worden sei und sich das Schmerzbild irreversibel entwickelt habe (Urk. 9/112/5 S. 2).

3.15. Daraufhin nahm Dr. N. ___ am 22. Juni 2005 nochmals Stellung. In Ergänzung zu seinem neurootologischen Untersuchungsbericht vom 20. Januar 2005 hielt er fest, dass in der Tat in einzelnen medizinischen Berichten auch kurze Zeit nach dem Unfall zwar generell Schwindelbeschwerden erwähnt worden seien, diese jedoch nirgends eingehender oder detaillierter beschrieben würden. Hinweise auf eine eigentliche Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems fänden sich nicht (Urk. 9/114 S. 1).

Die Tatsache, dass bei der Untersuchung vor fünf Monaten eine typische zervikogene Störung der vestibulären Funktion objektiviert habe werden können, und die Tatsache, dass beim Beschwerdeführer ein HWS-Trauma und Operationen im zervikalen Bereich bekannt seien, hätten ergeben, dass die Kausalität der im Beurteilungszeitpunkt objektivierten Schwindelbeschwerden mit dem HWS-Trauma insofern gegeben seien, als auch die Kausalität der Operation vor einem Jahr gegeben gewesen sei (Urk. 9/114 S. 1).

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass in der Regel vor einer zervikalen Operation allfällige Schwindelbeschwerden oder Hinweise auf eine Störung des Gleichgewichtssystems ausführlich abgeklärt würden, da entsprechende Zusammenhänge mehr als nur bekannt seien. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich vor der Operation nicht abgeklärt worden. Erst im Beurteilungszeitpunkt seien die Schwindelbeschwerden detailliert abgeklärt worden. Damit sei rückblickend bezüglich der Kausalität keine sichere Aussage machbar. Wie bereits erwähnt, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass in dem Ausmass, wie die Operation der zervikalen Diskushernien kausal mit dem HWS-Trauma seien, auch die

Kausalität für die im Beurteilungszeitpunkt noch bestehenden Schwindelbeschwerden gegeben seien. Eine präzisere Aussage zur Kausalität sei rein aus neurootologischer Sicht nicht zu machen (Urk. 9/114 S. 1 f.).

3.16 Am 30. Juni 2005 nahm Dr. B. ___ wiederum Stellung zur Beurteilung von PD Dr. C. ___ vom 21. April 2005. Darin führte er in seiner Schlussfolgerung aus, das Konzept einer Fibromyalgie sei für einen Arzt unbrauchbar, der sich auf nachweisbare Befunde (zum Beispiel Verletzungen) abstützen könne. Insbesondere im Zusammenhang mit Verletzungen befriedige dieses Konzept in keiner Weise. Weshalb sollte ohne jegliche (körperliche) Verletzung oder nach lediglich einer HWS-Distorsion nach einer Heckkollision diese Komplikation vielfach häufiger auftreten als nach einer genau definierten Verletzung wie einer Unterschenkelfraktur. Im Krankengut welches die Ärzte der Beschwerdegegnerin nach sogenanntem Schleudertrauma überblickten, seien Schmerzen in allen Bereichen des Körpers beziehungsweise des Bewegungsapparates die Ausnahme. Jedenfalls gehöre so etwas nicht zum von Laien beobachteten Muster und entspreche auch nicht dem sogenannt typischen Beschwerdebild (Urk. 9/116 S. 4).

PD Dr. C. ___ habe die zugegebenermassen schwierige Aufgabe, ohne objektivierte Befunde strukturelle Läsionen nach dem banalen Ereignis vom 11. November 2002, dadurch entstandene generalisierte invalidisierende Schmerzen nachzuweisen oder plausibel zu begründen nicht erfüllen können (Urk. 9/116 S. 5).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte die Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den Diskushernien in den Segmenten C5/C6 und C6/C7 und dem Unfallereignis vom 11. November 2002 auf die aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen, inklusive des CT und des MRI, vorgenommene Beurteilung ihres Versicherungsarztes Dr. B. ___ vom 13. Oktober 2003 (Urk. 9/37). Gemäss der versicherungsärztlichen Stellungnahme hatten beim Beschwerdeführer unzweifelhaft bereits im Unfallzeitpunkt degenerative Veränderungen in den genannten Segmenten der HWS vorgelegen. Ohne gleichzeitige Verletzung anderer Strukturen in Form einer Luxation, Fraktur oder von Ligamenten stelle eine traumatisch verursachte Diskushernie eine hochgradige Rarität dar. Es handle sich demnach bei den beim Beschwerdeführer genannten Befunden nicht um Folgen des Auffahrunfalls vom 11. November 2002 (vgl. vorstehend Erw. 3.5).

4.2 Aufgrund der medizinischen Aktenlage steht fest, dass beim Beschwerdeführer anlässlich des MRI vom 2. Juli 2003 eine breitbasige mediolateral rechtsseitige Diskushernie C5/6 mit deutlicher Impression des Duralsacks sowie eine Abflachung des Myelons und eingengtem rechtsseitigem Neuroforamen (mit wahrscheinlicher Irritation der Nervenwurzel C6) und eine breitbasige Protrusion C6/C7 mit deutlicher Impression des Duralsacks und einer beidseitigen Einengung der Neuroforamina mit möglicher Irritation der Nervenwurzel C7 (Urk. 9/19) festgestellt wurden.

E. 5

5.1 Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von

besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikales Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (zur Berücksichtigung medizinischer Erfahrungssätze vgl. BGE 126 V 189 Erw. 4c; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen H. vom 18. September 2002, U 60/02, Erw. 2.2). Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (zum Ganzen RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 Erw. 2a mit Hinweisen; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 3a; Urteile des EVG in Sachen K. vom 21. Februar 2003, U 306/02, Erw. 5.2, in Sachen R. vom 29. Januar 2003, U 230/02, Erw. 3.2, in Sachen S. vom 29. Oktober 2002, U 22/01, Erw. 5.1, in Sachen B. vom 29. August 2002, U 112/02, Erw. 3.3.1, in Sachen V. vom 24. Juni 2002, U 109/01, Erw. 6b und in Sachen G. vom 23. April 2002, U 176/01, Erw. 3c).

5.2 Die Diskushernie und die Protrusion können schon deshalb nicht als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, weil ihre Symptome gemäss den medizinischen Akten nicht unverzüglich nach dem Unfall auftraten. Die Diskushernie beziehungsweise die Protrusion wurden denn auch erst gut ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis mittels des MRI vom 2. Juli 2003 nachgewiesen (vgl. vorstehend Erw. 3.3).

Zudem mangelt es an der notwendigen besonderen Schwere des Unfallereignisses, welche geeignet gewesen wäre, die später dokumentierten Schädigungen der Bandscheiben herbeizuführen, und es findet sich kein Hinweis auf die erforderlichen Brückensymptome.

Demzufolge ist die Unfallkausalität der Diskushernie C5/C6 und der Protrusion C6/C7 aufgrund des medizinischen Erfahrungswissens beziehungsweise gestützt auf die zitierte ständige Gerichtspraxis zu verneinen.

5.3 Auch die Würdigung der medizinischen Akten ergibt kein anderes Bild. Insbesondere bleibt PD Dr. C. bei der Beurteilung der Frage, ob die Diskushernie beziehungsweise die Protrusion auf das Unfallereignis vom 11. November 2002 zurückzuführen seien, sehr ungenau. Er wies in diesem Sinne darauf hin, dass sowohl der zeitliche Zusammenhang und der Ablauf der Beschwerden als auch das neurophysiologische Verständnis einer Schmerzchronifizierung eindeutig zeigten, dass die Beschwerden, die im Beurteilungszeitpunkt im Nacken- und Kopfbereich vorliegen, vorwiegend in direktem Zusammenhang mit dem Unfall ständen (Urk. 9/96/2 S. 11 Ziff. 2). Hinsichtlich der vorgeschädigten Bandscheibe sei durch den Unfall eine wesentliche richtungsgebende Verschlimmerung aufgetreten (Urk. 9/96/2 S. 12 Ziff. 3). Die gegenwärtigen Gesundheitsbeeinträchtigungen seien direkte Folgen des Unfalls vom 11. November 2002 (Urk. 9/96/2 S. 13 Ziff. 4). Damit unterschied er nicht zwischen den Beschwerden im Zusammenhang mit der Diskushernie beziehungsweise der Protrusion und den HWS-Beschwerden, sondern beurteilte vielmehr die Schädigung in Bezug auf die gesamte Halswirbelsäule beziehungsweise gelangte zum Schluss, dass eine Schmerzchronifizierung vorliege. Dagegen unterschied Dr. B. zwischen den Beschwerden im Zusammenhang mit den Halswirbeln und denjenigen in den Segmenten C5/C6 und C6/C7. Zudem vertrat er die Ansicht, dass die HWS-Beschwerden nicht objektivierbar seien. In diesem Sinne führte er aus, dass es sich bei den aufgrund des CTs vom 20. Februar 2003 festgestellten Befunden nicht um Folgen des Auffahrungsfalls

vom 11. November 2002 handle. Es gebe auch keine Daten dafür, dass diese Veränderungen sozusagen "verschlimmert" worden wären, zum Beispiel so, dass sich nun deshalb ein Eingriff aufdrängte; dies weder auf anamnestischer Ebene, noch auf Befundebene noch auf morphologischer Ebene (Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.4). Die objektiv feststellbaren Veränderungen in den genannten Segmenten seien namentlich auf die knöchernen und bandscheibenbedingten Einengungen bezogen. Ob vom Unfall vom 11. November 2002 Beschwerden verblieben seien und worauf diese allenfalls basierten, sei nicht bekannt, und könne - ausserhalb des bisher Dargelegten im Zusammenhang mit den Veränderungen an der unteren HWS - anhand der Akten auch nicht erörtert werden (Urk. 9/37 S. 5 Ziff. 5.5). Im gleichen Sinne führten auch Prof. Dr. L. ___ und Dr. M. ___ aus, rein traumatische Schädigungen von Bandscheiben seien sehr selten und würden meist nur bei begleitenden sehr schweren Verletzungen bei Unfällen beobachtet, die mit dem vorliegenden Ereignis nichts gemeinsam hätten. Zudem seien die meisten Bandscheibenvorfälle nicht Folge eines Unfalls, sondern sie entstünden bei spontanen Bewegungen, die nicht einmal als Gelegenheitsursache zu bezeichnen seien (Urk. 9/55/2 S. 3). Die Beurteilung durch Dr. B. ___ erweist sich als plausibel und überzeugend, während diejenige durch PD Dr. C. ___ zu unbestimmt ausfiel und daher nicht zu überzeugen vermag.

E. 6

6.1 Nach der Rechtsprechung ist bei Vorliegen einer Diagnose eines Schleudertraumas der HWS sowie eines für diese Verletzung typischen Beschwerdebildes mit einer Häufung von Beschwerden wie namentlich diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung in der Regel von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit auszugehen. Indessen setzt die Rechtsprechung für die Bejahung dieses Zusammenhangs auch eine relativ kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Einsetzen der Beschwerden voraus. So hält das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, nach gesicherter medizinischer Erkenntnis könne ein HWS-Schleudertrauma nur bei Auftreten der typischen Beschwerden innert einer Latenzzeit von 24 bis maximal 72 Stunden angenommen werden, und es begegnete entsprechenden Diagnosen, die erstmals Wochen oder gar Monate nach dem Unfallereignis gestellt wurden, mit einer gewissen Zurückhaltung (vgl. RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 ff. und Nr. U 391 S. 307 f.).

6.2 Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in Form von Schmerzen im Bereich der HWS und Schwindel traten bereits einen Tag nach dem Unfallereignis vom 11. November 2002 in einer Stärke auf, die den Beschwerdeführer zur Konsultation seines Hausarztes, Dr. E. ___, bewog. Dieser stellte - wie bereits Dr. D. ___ anlässlich der Untersuchung am Unfalltag (vgl. Urk. 9/3 Ziff. 5) - am 12. November 2002 die Diagnose einer HWS-Distorsion (Urk. 9/2 Ziff. 5) und hielt am 16. Februar 2003 das Vorliegen zweier für ein Schleudertrauma der HWS typischen Symptome fest (Urk. 9/7 Ziff. 2). Es ist aufgrund der medizinischen Akten unbestritten, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 11. November 2002 ein Schleudertrauma der HWS erlitt (vgl. vorstehend insbesondere Erw. 3.1-3.2, Erw. 3.4, Erw. 3.6), so dass hinsichtlich der vom Beschwerdeführer ab November 2002 geltend gemachten Beschwerden - obwohl sich die geltend gemachten Schwindelbeschwerden nicht

objektivieren liessen, mithin der neurootologische Status des Beschwerdeführers altersentsprechend absolut unauffällig war (vgl. Urk. 9/106 S. 4) - ein natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 11. November 2002 anzunehmen ist. Zu prägen ist somit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den jedenfalls nach dem 31. März 2004 noch bestehenden Beschwerden.

E. 7

7.1.1.1.1 Das Unfallereignis vom 11. November 2002 ereignete sich, als es zu einer Auffahrkollision vor einem Fussgängerstreifen kam, vor welchem auf jeder Strassenseite je eine Person wartete, um die Strasse zu überqueren. Nachdem bereits mehrere Fahrzeuge den Fussgängerstreifen - ohne anzuhalten - passierten und der eine Fussgänger die Fahrbahn bereits betreten hatte, musste der Beschwerdeführer relativ stark auf die Bremse treten. Dies hatte der sich im Fahrzeug hinter dem Beschwerdeführer sich befindende Fahrzeuglenker zu spät bemerkt, weshalb es zu einer Auffahrkollision kam. Da es sich bei der aufprallbedingten Geschwindigkeit um eine solche unterhalb oder knapp innerhalb des Bereiches von 10 bis 15 km/h handelte, ist grundsätzlich auf einen höchstens mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichteren Unfällen zu schliessen, bei dem die Adäquanz eines Schleudertraumas ohne Verletzungen, die mit bildgebenden Methoden nachweisbar sind, in der Regel nur unter gewissen Voraussetzungen gegeben ist.

7.2.1.1.1 Bei einem mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichteren Unfällen ist die Adäquanz nur dann zu bejahen, und die Leistungspflicht des Unfallversicherers würde nach Ablauf einer gewissen Zeit nur weiterbestehen, wenn die nach der Rechtsprechung massgebenden Kriterien in gehäuft Weise (oder eines davon in ausgeprägter Weise) erfüllt wären. Dies ist vorliegend aber nicht der Fall.

1.1.1.1.1 Das Unfallereignis vom 11. November 2002 war weder eindrucklich noch geschah es unter besonders dramatischen Umständen.

1.1.1.1.1 Entgegen der beschwerdeweise vorgebrachten Einschätzung (Urk. 1 S. 8 Ziff. 9.2.1) kann bereits im Beurteilungszeitpunkt gesagt werden, dass die erlittenen Verletzungen nicht von besonderer Art und Schwere waren, denn es gilt diese im Zeitpunkt kurz nach dem Unfallgeschehen und nicht im Rahmen der Beschwerdedauer zu beurteilen. Würde das Kriterium, dass der Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion erlitt, bereits dazu führen, dass von einer besonderen Art und Schwere gesprochen werden kann, um dieses Kriterium zu bejahen, würde dieses seiner Funktion beraubt.

1.1.1.1.1 Zur ärztlichen Behandlung ist festzuhalten, dass die fachärztliche Behandlung durch die Ärzte der Chirurgischen Universitätsklinik O. ___ im Februar 2004 abgeschlossen wurde (Urk. 9/62 S. 1 Ziff. 3c). Zudem wurde dem Beschwerdeführer am 29. März 2004 letztmals eine Reihe von neun Physiotherapiesitzungen verordnet (vgl. Urk. 9/74 und Urk. 9/75). Der vom Beschwerdeführer beauftragte Gutachter erwähnte zwar, dass dieser an ständigen Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich leide (vgl. Urk. 9/96/2 S. 11 Ziff. 2). Indessen fand auch gemäss seiner Beurteilung im Beurteilungszeitpunkt keine diesbezügliche Behandlung mehr statt. Aus diesen Umständen kann nicht, wie es der Beschwerdeführer tut (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 9.2.2), auf eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung geschlossen werden.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 9.2.4) wurde die am 13. Oktober 2003 durchgeführte Diskektomie C5/C6 und C6/C7 nicht unfallbedingt notwendig (vgl. vorstehend Erw. 5.2). Deshalb kann nicht davon gesprochen werden, dieser operative Eingriff habe den Heilungsverlauf der unfallbedingten - Beschwerden auch sonst verkompliziert. Aufgrund der Akten kann zudem auch bezüglich der HWS-Beschwerden nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen verschlimmert hätte, gesprochen werden.

Im Anschluss an den Unfall wurde dem Beschwerdeführer zunächst bis Ende November 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/2 Ziff. 8) und hernach ab 9. Dezember 2002 noch eine solche von 50 % (Urk. 9/7 Ziff. 4) attestiert. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht allein aufgrund der unfallbedingten HWS-Beschwerden beurteilt wurde. Vielmehr fanden entsprechend auch die Rückenprobleme Eingang in diese Einschätzungen. In diesem Sinne ging Dr. K. ___ in seinem Bericht vom 26. Februar 2004 - für die Zeit nach der operationsbedingten Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Mitte Januar 2004 - davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich höchstens mittelschwere, nicht monotone Tätigkeit ohne Flexions- oder Extensionsstellung der HWS mindestens im Umfang von 50 % zumutbar sei (Urk. 9/62 S. 2 Ziff. 2a-b). Dr. N. ___ attestierte dem Beschwerdeführer aus neurootologischer Sicht lediglich bei Tätigkeiten, die eine forcierte Kopfbewegung verlangten, eine Einschränkung (Urk. 9/106 S. 4). Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab 9. Dezember 2002 bis zur Diskektomieoperation am 14. Oktober 2003 in seiner bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter zu 50 % und nach einer operationsbedingten Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 14. Januar 2004 in einer körperlich höchstens mittelschweren, nicht monotonen Tätigkeit ohne Flexions- oder Extensionsstellung der HWS und ohne forcierte Kopfbewegungen zu mindestens 50 % arbeitsfähig war. Es kann somit - entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 9 Ziff. 9.2.5) - keine unfallbedingte langandauernde Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, so dass dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt ist.

Während der Beschwerdeführer bereits einen Tag nach dem Unfall über Schmerzen im Bereich der HWS und Schwindel klagte (Urk. 9/2 Ziff. 2) traten im Februar 2003 bei psychischer und physischer Belastung zusätzlich Kopfschmerzen auf (Urk. 9/7 Ziff. 2). Zudem wiesen Dr. E. ___ (Urk. 9/9 Ziff. 2) und PD Dr. C. ___ (Urk. 9/69/2 S. 11 Ziff. 2) darauf hin, dass der Beschwerdeführer ab April 2003 links an ständigen Nackenbeschwerden beziehungsweise ständig an Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich litt. Auch der Beschwerdeführer selbst machte geltend, tagtäglich insbesondere an Nacken- und Kopfschmerzen sowie an Schwindel zu leiden (Urk. 1 S. 8 Ziff. 9.2.3, vgl. auch Urk. 9/10 S. 3 f.). In diesem Sinne ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer das Kriterium der Dauerbeschwerden erfüllt, allerdings nicht in derart ausgeprägter Weise, dass die Adäquanz bereits bejaht werden kann.

Der Beschwerdeführer machte weiter in seiner Beschwerde geltend, es seien ihm die Kosten für das Gutachten von PD Dr. C. ___ zu ersetzen. In diesem Zusammenhang wies er darauf hin, dass diese Kosten rechtsprechungsgemäss zu ersetzen seien, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des im Einspracheverfahren beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lasse und dem Unfallversicherer eine Verletzung der ihm nach dem Untersuchungsgrundsatz obliegenden

