

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00199 vom 9. Januar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00199

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00199 du 9 janvier 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00199 del 9 gennaio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 H. ____, geboren 1964, war seit dem 28. Juni 2004 als Storenmonteur bei der A. ____, beschäftigt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert (Unfallmeldung, Urk. 7/1). Am 19. August 2004 erlitt er einen Verkehrsunfall, als er als Beifahrer in einem Lieferwagen mit einem Personenwagen kollidierte, welcher aus einer nicht vortrittsberechtigten Strasse herausfuhr (Polizeirapport vom 17. September 2004, Urk. 7/11). Der am Unfalltag erstbehandelnde Dr. med. B. ____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte eine traumatisierte Spondylolisthese bei Spondylolyse und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 7. September 2004, Urk. 7/2). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld.

1.2 H. ____ wurde in der Folge an die C. ____ überwiesen, dessen Ärzte am 24. November 2004 (Urk. 7/13) eine (vorbestehende) isthmische Spondylolisthese L4/5 mit degenerativen Veränderungen, eine Foramenstenose beidseits, links stärker als rechts, sowie eine sekundäre Schmerzauslösung durch ein vorangegangenes Trauma (keine Korrelation zwischen vorbestehender Erkrankung und Trauma) diagnostizierten.

Der Versicherte wurde sodann Dr. med. D. ____, Rheumatologie FMH, Med. Kräftigungstherapie, vorgestellt, welcher am 17. Dezember 2004 (Urk. 7/17) eine therapieresistente lumbovertebrale Schmerzsymptomatik bei posttraumatisch dekompensierter Spondylolisthese L4/5 1.-2. Grades diagnostizierte. Er teilte Dr. B. ____ mit, dass die Therapieübungen auch unter Verwendung von leichtesten Gewichten wegen Schmerzen hätten abgebrochen werden müssen. Er empfahl eine Steigerung der medikamentösen Therapie.

Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 12. Januar 2005 (Urk. 7/23) war H. ____ vom 19. Januar bis 15. Februar 2005 in der E. ____ hospitalisiert. Bei einem intermittierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndrom links mit muskulärer Dysbalance der Becken-/Hüftmuskulatur linksbetont bei Haltungsinsuffizienz (Flachrücken thorakal, linkskonvexe lumbale Skoliose) und Beckenschiefstand (Beinverkrümmung links von 1,5 cm) diagnostizierten die Ärzte im Austrittsbericht vom 3. März 2005 (Urk. 7/30) posttraumatische Rückenschmerzen mit im Verlauf traumatisierter isthmischer Spondylolyse L4/5 ohne Neurologie sowie einen Status nach Morbus Scheuermann.

Am 24. März 2005 (Urk. 7/39) verwies Dr. B. ____ auf seine Erstbehandlung am 22. August 1993 nach dem Autoselbstunfall mit Rückenschmerzen im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule, wobei klinisch eine S-Skoliose bei

Beinverkränkung links um ca. 2 cm aufgefallen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit sei vom 21. bis 29. August 1993 attestiert worden, die Behandlung inklusive Physiotherapie sei am 19. Januar 1994 bei Beschwerdefreiheit abgeschlossen worden. Am 23. Februar 1994 habe eine erneute Konsultation wegen Lumbalgie rechts mit ischialgeformer Ausstrahlung rechts stattgefunden, worauf eine Absatzerhöhung links empfohlen worden sei. Die weitere Behandlung habe bei Dr. med. F.____, Innere Medizin FMH, stattgefunden. Dieser reichte am 28. April 2005 (Urk. 7/47/1) seine dokumentierte Krankengeschichte (3. März 1981 bis 10. Dezember 2001) samt Berichten der behandelnden Ärzte (Urk. 7/47/2-7) ein. Am 7. Juni 2005 (Urk. 7/56) legte Dr. B.____ zu Händen der SUVA seine eigene Krankengeschichte auf.

Am 27. Juli 2005 (Urk. 7/62) berichtete Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, über die Untersuchung vom selben Tag und hielt fest, dass ein schwerwiegender Vorzustand der Lendenwirbelsäule durch das Unfallereignis vorübergehend verschlimmert worden sei. Es sei davon auszugehen, dass - in der Natur der zugrunde liegenden schweren Wirbelsäulen-Erkrankung begründet - die jetzt noch bestehenden Beschwerden ausschliesslich auf die Grunderkrankung zurückzuführen seien, was heisse, dass der Status quo sine erreicht sei.

Mit Verfügung vom 9. August 2005 (Urk. 7/63) hielt die SUVA fest, dass die beim Versicherten heute noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien und der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte (Status quo sine), am 27. Juli 2005 erreicht gewesen sei. Deshalb schloss die SUVA den Fall ab und stellte die Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilkosten) per 31. August 2005 ein. Die dagegen unter Beilage eines Berichtes des neuen Hausarztes, Dr. med. I.____, Allgemeinmedizin FMH, vom 25. August 2005 (Urk. 7/67/2) erhobene Einsprache vom 8. September 2005 (Urk. 7/67/1) wurde mit Entscheid vom 17. Februar 2006 (Urk. 2) abgewiesen.

Hiergegen erhob H.____ durch Rechtsanwalt Dr. Albert Müller am 6. Juni 2006 unter Beilage eines Berichtes von Prof. Dr. med. J.____, Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie an der K.____, vom 23. Mai 2006 (Urk. 3/4) Beschwerde mit dem folgenden Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

"1. Es sei die angefochtene Verfügung (Einspracheentscheid) aufzuheben.

E. 1.2

1.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 entfielen (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

Positionen ohne Schmerzbekundung). Sie empfahl eine Blockade (Facettengelenke und/oder PDA single shot), was vom Beschwerdeführer allerdings abgelehnt wurde (Urk. 7/30 S. 7).

2.4.4.4.4. Das neurologische Konsilium von Dr. med. N.____, Neurologie FMH, ergab keine lumboradikulären Läsionen, welche indes nicht ausgeschlossen werden könnten. Er erachtete intermittierende lumboradikuläre Irritationen als möglich, am ehesten an der Nervenwurzel L5 links. Er empfahl einen Therapieversuch mit Schonung, Backlagerung und Vermeidung von aktiver Physiotherapie (Urk. 7/30 S. 7).

2.5.4.4.4. Aus der Krankengeschichte des Dr. F.____ vom 28. April 2005 (Urk. 7/47/1) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1981 wiederkehrend wegen Rückenschmerzen in Behandlung begeben hatte. Im Jahr 1981 wurde ein deutlicher Morbus Scheuermann diagnostiziert, vor allem der LWS, im Jahr 1983 wurde eine Abklärung im O.____ wegen der Beinlängendifferenz vorgenommen. Auch in den Folgejahren erfolgten verschiedene Konsultationen wegen Rückenschmerzen im Lumbalbereich. Am 17. Januar 2000 ergab eine röntgenologische Untersuchung eine Spondylolisthesis L4/5 mit entsprechender Behandlung im O.____, dessen Arzt im Abschlussbericht vom 9. März 2000 (Urk. 7/47/7) ein Lumbovertebralsyndrom mit intermittierender lumbospondylogener Ausstrahlung rechts bei fixierter Spondylolisthesis von L4/5 bei Spondylolyse sowie linkskonvexer thorakolumbalen Skoliose bei Beinverkürzung links diagnostizierten. Die Röntgenbilder vom 31. Januar 2000 ergaben neben der Hauptdiagnose ein Schmorl'sches Knötchen an der Bodenplatte LWK2 und LWK1 sowie angedeutet Brustwirbelkörper (BWK)12 und BWK11. Daneben war eine Verschmälerung des Zwischenwirbels L5/S1 zu sehen.

2.6.4.4.4. Anlässlich der Untersuchung durch Kreisarzt Dr. G.____ vom 27. Juli 2005 (Urk. 7/62) klagte der Beschwerdeführer, dass die Behandlung in der E.____ überhaupt nichts gebracht habe. Die Beschwerden seien unter Behandlung und Korsett gar schlimmer geworden. Er könne etwa eine halbe Stunde sitzen. Die Ausstrahlung der Schmerzen zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel in das rechte Bein würden in unregelmäßigen Abständen auftreten und seien lagerungsabhängig. Sodann sei der Schlaf mehrfach unterbrochen trotz Einnahme von Schlaftabletten.

4.4.4.4.4. Zur bildgebenden Aktenlage führte Dr. G.____ aus, auf den Röntgenbildern aus dem Jahr 1981 seien eine linkskonvexe Skoliose der LWS erkennbar mit diskreter Rotation der Wirbelkörper nach rechts sowie ein Morbus Scheuermann, schwerpunktmäßig am 1. bis 3. LWK. Eine Spondylolisthesis sei hier nicht nachweisbar. Die Aufnahmen vom 17. Januar 2000 zeigten eine im Vergleich geringfügig verstärkte linkskonvexe Skoliose der LWS sowie ein Wirbelgleiten L4/5, wobei der 4. Lendenwirbel um 17 mm nach ventral verschoben sei. Der Zwischenwirbelsraum sei praktisch vollständig aufgebraucht. Die Bilder vom 31. Januar 2004 zeigten eine Verschiebung des 4. gegenüber des 5. LWK von 17 mm. Auf den nach dem Unfall erstellten Röntgenbildern ersah Dr. G.____ die Skoliose sowie die Wirbelverschiebung, welche nunmehr 19 mm betrage. Frische knöchernen Verletzungen seien nicht erkennbar. Da auch auf der kernspintomographischen Aufnahme keine frischen Verletzungsfolgen erkennbar seien, sei der konventionelle radiologische Befund bestätigt (S. 2).

4.4.4.4.4. Dr. G.____ hielt fest, dass vier Jahre vor dem Unfallereignis ein massiver krankhafter Vorzustand an der LWS diagnostiziert worden sei mit einer

Spondylolisthese L4/5. Durch das Unfallereignis am 19. August 2004 sei es zu einer Verschlimmerung dieses krankhaften Vorzustandes gekommen. Nachweislich habe das Unfallereignis jedoch keine strukturellen Läsionen in Form einer knöchernen oder ligamentären Verletzung an der Wirbelsäule gesetzt. Die Verschlimmerung des Vorzustandes durch das Unfallereignis sei als vorübergehend zu beurteilen, welche Einschätzung auch durch die C. gestützt werde, dessen Ärzte die Diagnose einer traumatisierten isthmischen Spondylolyse L4/5 ohne Neurologie gestellt hätten, wobei klar darauf hingewiesen worden sei, dass das Trauma lediglich eine bereits vorbestehende degenerative Veränderung der LWS vorübergehend aktiviert habe (S. 3).

2.7 Dr. I. hielt in seinem Bericht zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 25. August 2005 (Urk. 7/67/2) fest, die stärkere Verschiebung des 4. LWK nach dem Unfall von 1-2 mm sei überwiegend wahrscheinlich auf das am 19. August 2004 erfolgte Trauma zurückzuführen, was ein Hinweis auf eine Läsion darstelle. Trotz fachärztlicher Beurteilungen, dass die unfallbedingten zusätzlichen Beschwerden nach rund 6-12 Monaten regressieren sollten, leide der Beschwerdeführer unter den bekannten konstanten Beschwerden. Dies sei ein Hinweis auf eine erhebliche, unfallbedingte Verletzung der krankhaft veränderten Wirbelsäule. Sodann sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer trotz der bestehenden Wirbelsäulenveränderungen vor dem Unfall keine bedeutenden Arbeitsunfähigkeiten aufgewiesen habe.

2.8 Prof. J. berichtete am 23. Mai 2006 (Urk. 3/4) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers über anlässlich der Untersuchung geklagte Beckenschmerzen im lumbosakralen Übergang, die gartelförmig nach ventral und vorwiegend nach rechts in Bein ausstrahlten. Der Beschwerdeführer könne weder nachts durchschlafen noch längere Zeit sitzen. Aus diesem Grund sei er auch seit dem Unfall arbeitsunfähig. Prof. J. interpretierte die vorliegenden Röntgenbilder in dem Sinne, dass sich in den letzten Bildern, inklusive in den Aufnahmen unmittelbar nach dem Unfall, eine Spondylolisthesis mit lytischer Komponente im Interartikularbereich und einer Dislokation von rund 1-1,5 cm zeige. Die Bandscheibe sei praktisch vollständig aufgebraucht. Dieser Befund habe sich seit dem Unfall nicht verändert. Zudem bestehe eine Übergangsstörung mit Megalotransversus beidseits L5/S1 und durch den Beckenschiefstand eine Skoliosierung der LWS zum Ausgleich der Schrägstellung.

Prof. J. diagnostizierte eine Übergangsanomalie L5/S1, eine Spondylolyse L4/5, einen Beckenschiefstand und eine Ausgleichsskoliose der LWS. Er hielt fest, dass es sich um einen traumatisierten Vorzustand handle, der durch den Aufprall im Jahr 2004 symptomatisch geworden sei. Damit bestehe eine Mitbeteiligung des Unfalles am Schmerzgeschehen. Ursächlich für die Veränderung der LWS könne jedoch keine Unfallursache erhoben werden.

E. 2

Es sei festzustellen, dass die heutige Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit Folge des Unfallereignisses vom 19. August 2004 ist und es seien dem Versicherten und Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2005 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

E. 3

3.1. Auf Grund der ärztlichen Berichte steht fest, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls vom 19. August 2004 bereits an massiven Abnormitäten der Wirbelsäule litt. So ist der Krankengeschichte des Dr. F. ___ vom 28. April 2005 (Urk. 7/47/1) zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1981 wiederkehrend wegen Rückenschmerzen behandelt werden musste. Auf den angefertigten Röntgenbildern war ein Morbus Scheuermann zu sehen (1981), im Jahr 1983 erfolgte eine Behandlung wegen des Beinlängenenunterschiedes, im Jahr 2000 ergab sich eine Spondylolisthesis L4/5 bei Spondylolyse sowie eine Skoliose. Auf den im Januar 2000 gemachten Bildern war sodann ein Schmorl'sches Knötchen an der Bodenplatte LWK 2 und LWK1 sowie angedeutet BWK12 und BWK11 nebst einer Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes L5/S1 zu sehen (Urk. 7/47/7). Sodann steht fest, dass bereits damals eine ventrale Verschiebung des 4. Lendenwirbels um 17 mm nachweisbar war (Urk. 7/47/6-7 und Urk. 7/62 S. 2).

3.2. Auf den MRI-Bildern nach dem Unfall (vgl. Urk. 7/5) fand sich eine Spondylolyse LWK4/5 mit deutlicher ventraler Listhesis von LWK4 in Bezug auf LWK5 (Grad I-II). Die Bandscheibe LWK4/5 war erheblich höhengemindert. Begleitend fand sich ein ausgedehntes Knochenmarkdem der Wirbelkörper LWK4 und 5 ohne Nachweis einer Fraktur. Grund- und Deckplattenunregelmässigkeiten waren bei BWK11-LWK3 zu sehen, was als Residualzustand des Morbus Scheuermann interpretiert wurde. Sodann fanden sich laterale osteophytäre Randkantenausziehungen LWK4 und 5 bei linkskonvexer Torsionsskoliose. Dies führte zur Beurteilung einer Spondylolisthesis L4/5 bei nachweisbarer Spondylolyse sowie einer schweren Osteochondrose L4/5 mit begleitendem Knochenmarkdem und konsekutiver neuroforaminaler Enge beidseits.

3.3. Auf Grund dieser Angaben ist erstellt, dass sich die Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers bildgebend nachweisbar praktisch nicht verändert hat. Einzig Dr. G. ___ hielt eine Wirbelverschiebung (L4) von nunmehr 19 mm statt bisher 17 mm fest (Urk. 7/62 S. 2). Die übrigen erhobenen Befunde entsprechen dem Zustand, welcher bereits vor dem Unfall vom 19. August 2004 vorgeherrscht hat.

E. 4

4.1. In diesem Sinn erscheint es als nachvollziehbar, wenn die Ärzte der C. ___ eine Korrelation zwischen der vorbestehenden isthmischen Spondylolisthese und dem Unfallgeschehen sowie den dadurch ausgelösten Schmerzen verneinten. Ebenso schlüssig ist aufgrund der bildgebenden Aktenlage, dass durch den Unfall ein sekundäres Muskelschmerzsyndrom aufgetreten ist, welches bis zu sechs Monate dauern kann (Urk. 7/13). Die damit übereinstimmende Meinung des Dr. G. ___ kann gleichermassen nachvollzogen werden, wonach die Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes angesichts des Fehlens von strukturellen Läsionen in Form einer knöchernen oder ligamentären Verletzung an der Wirbelsäule bloss als vorübergehend zu beurteilen ist (Urk. 7/62). Denn in objektiver Hinsicht ist festzuhalten, dass durch den Unfall - ausser der geringen Verschiebung des Wirbels L4 um 2 mm - keine darstellbare Veränderung an der Wirbelsäule aufgetreten ist, die Schmerzklagen subjektiver Natur waren und zuweilen als übertrieben taxiert wurden (Urk. 7/30 S. 6/7). Die dargelegte schlüssige Einschätzung wird auch dadurch gestützt, dass sich der Beschwerdeführer bereits Jahre vor dem Unfall regelmässig wegen (vor allem lumbalen) Rückenschmerzen in ärztliche Behandlung begeben musste (Urk. 7/47/1), was namentlich von Dr. G. ___ erwähnt wurde.

4.2. Die abweichende Meinung von Dr. I. (Urk. 7/67/2) beruht insofern nicht, als er einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den vorliegenden Schmerzen hauptsächlich bloss aufgrund des Bestehens der Schmerzen begründete und dies als Hinweis auf eine erhebliche, unfallbedingte Verletzung interpretierte. Ohne Hinweis auf objektivierbare Befunderhebungen kann dieser Beurteilung nicht gefolgt werden. Denn er liess namentlich jegliche Ausführungen dazu vermissen, inwiefern der einzig objektivierbare stärkere Verschiebung des 4. LWK (19 statt 17 mm) die Qualität einer derartigen Schmerzursache zukommen kann. Weiter kommt seiner Aussage, wonach der Beschwerdeführer trotz der bestehenden Wirbelsäulenveränderungen vor dem Unfall keine bedeutenden Arbeitsunfähigkeiten aufgewiesen hat, implizit der Figur *post hoc ergo propter hoc* gleich, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205). Dies genügt indes rechtsprechungsgemäss nicht (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). Schliesslich ist festzuhalten, dass nach ständiger Rechtsprechung in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

4.3. Die Ausführungen von Prof. J. (Urk. 3/4) widersprechen den Einschätzungen der Ärzte der C. sowie von Dr. G. nicht. Auch er hielt fest, dass ursprünglich für die Veränderungen der LWS keine Unfallursache erhoben werden könne und es sich um einen traumatisierten Vorzustand handle, welcher symptomatisch geworden sei. Genau dies führten die anderen Ärzte auch aus, kamen indes zum Schluss, dass diese unfallbedingte Symptomatik von begrenzter Dauer ist. Prof. J. unterliess es vorliegend, sich zu dieser Thematik zu äussern, weshalb sich die Begründung seiner Attestierung eines unfallbedingten Zusammenhanges bloss auf die Wiedergabe der Schmerzklagen stützt.

4.4. Auch die übrigen Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Soweit er ausführt, dass nach dem unfallbedingten Trauma der vorher funktionierende Ausgleich nicht mehr genügend funktioniere, was zu chronischen Schmerzen führe (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12), ist keine medizinisch nachvollziehbar begründete Einschätzung ersichtlich, wonach bei Fehlen von objektivierbaren Zeichen ein solches Schmerzempfinden als nachvollziehbar durch den Unfall verursacht gelten kann. Auch aus dem Hinweis von Dr. N. (welcher im Auftrag der E. die neurologische Einschätzung verfasst hat), dass eine lumboradikuläre Läsion nicht ausgeschlossen werden könne (Urk. 1 S. 6 Ziff. 13), kann nichts anderes abgeleitet werden. Denn Dr. N. verwies klar darauf, dass keine lumboradikuläre Läsion nachweisbar war (Urk. 7/39 S. 7). Im übrigen verneinte bereits Dr. B. nach dem Unfall neurologische Störungen (Urk. 7/2).

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen (am 31. August 2005) nach über einem Jahr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine mit dem Unfall vom 19. August 2004 im Zusammenhang stehenden körperlichen Beschwerden mehr vorlagen und mithin der Zustand wieder eingetreten war, welcher sich auch ohne den Unfall ergeben hätte (Status quo sine). Von einer Begutachtung (vgl. den Antrag des Beschwerdeführers, Urk. 1 S. 11/12 Ziff. 24)

sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, da er bereits umfassend abgeklärt wurde und eine ausführliche bildgebende Dokumentation besteht, aus welcher hervorgeht, dass der Unfall zu keiner wesentlichen Veränderung des Zustandes geführt hat. Demgemäss ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Albert Müller

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Ä

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