

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00376 vom 7. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00376](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00376)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00376 du 7 avril 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00376 del 7 aprile 2009

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin verunfallte am 14. Januar 2006 beim Skifahren (Urk. 11/1 Ziff. 4-6, Urk. 11/3 Ziff. 1, Urk. 11/8/1 oben).

Die Erstbehandlung erfolgte am 16. Januar 2006 durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin (Urk. 11/4 Ziff. 1).

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in ihrem Arztzeugnis vom 6. April 2006 eine ausgedehnte muskuläre Verspannung cervical, weniger lumbal, mit einer praktisch kompletten Blockierung der Halswirbelsäule fest. Daneben bestehe eine Hyposensibilität und Kraftlosigkeit des rechten Armes und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Halswirbelsäule vom Januar 2006 habe mediobilaterale Diskusprotrusionen bei C4/5 und C5/6 mit kombinierten ossären und discalen Neuroforamenstenosen beidseits in beiden Etagen ergeben (Urk. 11/4 Ziff. 4, vgl. Urk. 11/40). Dr. C.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ein posttraumatisches cervicospondylogenes Syndrom bei bilateraler Diskusprotrusion mit Neuroforamenstenosen beidseits und ein posttraumatisches Lumbovertebralsyndrom (Urk. 11/4 Ziff. 5).

Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. Januar 2006 (Urk. 11/4 Ziff. 8).

3.2 Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, führte in einem Bericht vom 13. April 2006 gestützt auf die Untersuchungen vom 30. März und 11. April 2006 (Urk. 11/5/1) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin sei beim Skifahren gestürzt und auf den Rücken gefallen. Sie sei einen Moment bewusstlos gewesen. Die Beschwerdeführerin glaube, dass die Bewusstlosigkeit ein paar Minuten gedauert habe. Nachdem sie zu sich gekommen sei, sei es zu Schwindel und einer nausea gekommen. Sie habe erbrechen müssen und es seien starke Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten. Am Folgetag hätten Einschlaf- und Schwellungsgefühle an beiden Händen bestanden. Die Beschwerden seien unverändert. Die Beschwerdeführerin beklage zunehmende Nacken- und Kopfschmerzen bei jeglicher körperlicher Belastung. Begleitend komme es zu Schwindel und Sehstörungen in Form von unscharfem Sehen. Im Weiteren klage sie über ein Ohrensausen (Urk. 11/5/1).

Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei deutlich eingeschränkt. Die Reklination sei weitgehend blockiert. In den übrigen Richtungen bestehe eine Beweglichkeit bis maximal 10°. Palpatorisch bestehe eine deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultergürtelmuskulatur, beidseits (Urk. 11/5/2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach einem Skiunfall mit commotio cerebri und einem Trauma der Halswirbelsäule bestehe ein ausgeprägtes cervico-cephales Beschwerdebild. Die neurologische Untersuchung habe bis auf eine diffuse Hypästhesie an beiden Händen einen normalen Befund ergeben. Eine größere Läsion des Nervensystems sei daher nicht anzunehmen (Urk. 11/5/2 unten).

3.3 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin erklärte anlässlich einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 5. Mai 2006, sie habe nach dem Sturz versucht aufzustehen, sei dann plötzlich bewusstlos gewesen und wieder in den Schnee gefallen. Am anderen Morgen habe sie den Kopf nicht mehr bewegen können. Beide Hände seien geschwollen gewesen. Sie habe keine sichtbaren, äußeren Verletzungen erlitten (Urk. 11/8/1 oben). Ihr Zustand habe sich nach der von Dr. C.\_\_\_\_ verordneten Physiotherapie verschlimmert (Urk. 11/8/1 Mitte).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 7. Juli 2006 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, statt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 5. (richtig wohl: 7.) Juli 2006 (Urk. 11/12) fest, die Beschwerdeführerin gebe Schmerzen im Nacken und im oberen Teil des Rückens und des Hinterkopfes an, mit Ausstrahlung in die Arme. Bisweilen habe sie kaum Kraft in den Armen. Auch sehe sie bisweilen schummrig und habe ein „Sausen“ in den Ohren. Zwei bis drei mal pro Woche besuche sie eine Physiotherapie (Urk. 11/12/1 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin gebe zum Unfallhergang an, sie sei auf dem sehr flachen Beginn der Piste rückwärts gestürzt. Er, Dr. D.\_\_\_\_, kenne die örtlichkeit. Man habe ihr aufgeholfen und sie ins Restaurant gebracht. Dort sei sie etwa eine Stunde gesessen und dann mit der Bahn ins Tal gefahren (Urk. 11/12/2 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin schildere ihre Beschwerden stereotyp ohne spürbare Emotionen. Sie bewege sich langsam. Die Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Kopfes sei in der Untersuchung ausgeprägter als bei spontanem Verhalten. Einbeiniges Hüpfen lehne die Beschwerdeführerin ab. Die Nuchalmuskulatur sei diffus druckdolent und palpatorisch weich. An der linea nuchae rechts wie links seien einzelne verdickte, druckempfindliche Muskelursprünge festzustellen. Die Beweglichkeit der Schultern sei eingeschränkt (Urk. 11/12/2 Ziff. 4).

3.5 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin wurde anlässlich der Wirbelsäulensprechstunde vom 6. Oktober 2006 in der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ untersucht (Urk. 11/17/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ führten in dem Bericht vom 10. Oktober 2006 aus, die Beschwerdeführerin gebe eine zunehmende Verschlechterung seit einem Monat an mit konstant auftretenden Schmerzen im Nacken und Schwindelgefühlen bei jeglicher Bewegung. Daneben habe sie Kopfschmerzen mit messerstichtartiger Ausstrahlung in das rechte Auge oder in die Stirn (Urk. 11/17/1 unten). Nach den im Januar 2006 erstellten Röntgenbildern der Halswirbelsäule beständen keine Anhaltspunkte für pathologische Veränderungen, insbesondere lägen keine frischen ossären Läsionen vor (Urk. 11/17/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Bericht der Ärzte der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ vom 22. November 2006 bestehe zu der ausgeprägten Symptomatik kein pathomorphologisches

Korrelat. Es werde eine gleichzeitig psychosomatische und neuropsychiatrische Beurteilung empfohlen (Urk. 11/19/2).

3.6 Die Beschwerdeführerin war vom 18. Januar bis 7. Februar 2007 in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 11/37/1).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberarzt, Arbeitsorientierte Rehabilitation, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzarzt, nannten in dem Bericht vom 20. Februar 2007 als Diagnosen eine Kontusion am Hinterkopf infolge eines Sturzes beim Skifahren mit Commotio cerebri, ein posttraumatisches zervikales Schmerzsyndrom und eine somatoforme Schmerzstörung mit ängstlich-depressiver Komponente. Auf der Verhaltensebene imponiere ein dysfunktionales Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit histrionischem Schmerzverhalten (Urk. 11/37/1).

Zwölf Monate nach einem Sturz beim Skifahren zeige sich ein ausgeprägtes zervikozephalales Schmerzsyndrom mit nach wie vor bestehenden starken Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich mit massiv eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Aufgrund der vorbestehenden Untersuchung mit einem MRI des Schädels und der Halswirbelsäule und einer neurophysiologischen Abklärung mit unauffälligen Befunden, habe man auf eine erneute Abklärung verzichtet (Urk. 11/37/2 Mitte).

Nach einem am 31. Januar 2006 (richtig: 2007) in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ stattgefundenen psychosomatischen Konsilium (Urk. 11/37/7-12) zeige die Beschwerdeführerin ein expressives Schmerzverhalten von deutlich histrionischer Qualität. Die organischen Befunde könnten das Zustandsbild nicht erklären. Die Beschwerdeführerin weise zudem psychosoziale Belastungsfaktoren auf (Kündigung der Arbeitsstelle, belastende Biographie mit kumulierten Deprivationen, vor allem im Beziehungsbereich). Hinzu komme eine ängstlich-depressive Komponente mit Freudlosigkeit, Affektlabilität, sozialem Rückzug und somatisierter Angst sowie eine passiv-abwartende Haltung mit Delegation der Gesundheitsanliegen an Medizinalpersonen und dem Anspruch auf rasche Schmerzbefreiung (Urk. 11/37/11). Die psychiatrische und die Verhaltensproblematik dominiere das Beschwerdebild, was sich beim Fehlen einer Tagesstruktur noch verstärken könne (Urk. 11/37/12).

Zusammengefasst sei mittels Physiotherapie keine Verbesserung des Zustands erzielt worden. Ein therapeutischer Zugang habe nicht hergestellt werden können. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig. Ein Arbeitsversuch habe nicht stattgefunden. Infolge der konsistenten Schmerzproblematik bestehe auch zum Zeitpunkt des Austritts eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/37/3). Eine ambulante Physiotherapie werde aktuell als nicht sinnvoll erachtet. Bei Verbesserung der therapeutischen Zugänglichkeit der Beschwerdeführerin sei ein Versuch mit Osteopathie zu erwägen. Eine psychotherapeutische Weiterbehandlung sei notwendig (Urk. 11/37/1 unten).

3.7 Am 26. Februar 2007 nahm Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, zu den Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 11/39).

Im somatischen Bereich gebe es keine Behandlung, die Aussicht auf eine Verbesserung des Zustands der Beschwerdeführerin biete oder die zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führe. Die einzig mögliche Weiterbehandlung sei

eine psychiatrische Betreuung (Urk. 11/39/2 Ziff. 3.1-3.2). Klinisch fassbar seien einzig muskuläre Verspannungen im gesamten Schulter- und Nackenbereich. Dabei handle es sich um einen unspezifischen Befund. Ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung fehle (Urk. 11/39/2 Ziff. 3.3). Rein somatisch bestehe theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit. Strukturelle Veränderungen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen würden, beständen nicht (Urk. 11/39/2 Ziff. 3.4).

3.8. Med. pract. I. \_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte in einer Stellungnahme vom 1. April 2007 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, nach den Angaben der Beschwerdeführerin habe der Schlag auf den Kopf zu einer Bewusstlosigkeit geführt. Sie, med. pract. I. \_\_\_\_, stufe das Unfallereignis als mittelschwer ein. Die Beschwerdeführerin sei infolge des Unfalls gesundheitlich in erheblichem Masse beeinträchtigt. Sie leide unter starken Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, für die bisher keine hinreichende somatische Erklärung gefunden worden sei. Zudem bestehe eine mittelschwere Depression, die sich aufgrund des Unfalls und der daraus entstandenen körperlichen Beeinträchtigung entwickelt habe. Die Depression erfordere eine medikamentöse Behandlung, mit der bisher nur eine minimale Besserung erzielt worden sei. Es sei von einer chronischen, latenten bis teilweise akuten Suizidalität auszugehen. Es handle sich somit um eine ernstzunehmende psychische Störung (Urk. 3/3).

3.9. Das Gutachten von Dr. Z. \_\_\_\_, vom 17. August 2007 beruht auf der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 24. April, 12. und 22. Juni 2007 und den zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 3/4 = Urk. 17, je S. 1).

Die Untersuchung der Halswirbelsäule und des Schädels vom 16. Januar 2006 (MRI, Urk. 11/40) habe eine Streckhaltung der Halswirbelsäule mit mässiger, dorsalseitiger Osteochondrose sowie geringen, mediobilateralen Diskusprotrusionen, annähernd symmetrisch auf Höhe C4/5 und C5/6 ergeben. Eine Diskushernie bestehe nicht (Urk. 17 S. 2 Ziff. 2).

Die Beschwerdeführerin gebe an, dass es bis heute zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen sei. Aktuell beklage sie ständige Nacken- und Kopfschmerzen, die bei jeglicher körperlicher Belastung zunehmen würden. Begleitend komme es immer wieder zu einem Schwankschwindel. Des Weiteren beklage sie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (Urk. 17 S. 7 Mitte). Es bestehe eine erhebliche Einschränkung in der Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Reklination des Kopfes sei weitgehend blockiert. In den übrigen Richtungen sei eine Bewegung bis maximal 10° möglich. Palpatorisch sei die Nacken- und Schultergürtelmuskulatur deutlich verdickt und druckdolent (Urk. 17 S. 7 Ziff. III.1).

Die detaillierte neurologische Untersuchung habe keine Ausfälle ergeben. Nach grober neuropsychologischer Überprüfung bestehe der Verdacht auf mindestens leichte neuropsychologische Defizite (Urk. 17 S. 8 Ziff. 2-3). Die Angaben der Beschwerdeführerin wirkten glaubhaft. Eine Tendenz zur Übertreibung sei nicht spürbar (Urk. 17 S. 8 Ziff. 4). Ein am 18. Juni 2007 erstelltes funktionelles MRT der Halswirbelsäule habe eine Strukturveränderung des rechten Ligamentum alare entsprechend einer Läsion Grad III nach Krakenes ergeben. Die Untersuchung habe weiter einen relativ engen Spinalkanal zwischen C5 und C7, moderate Diskusdegenerationen bei C4/5 und C5/6 sowie eine dezente dorsale Diskusprotrusion bei

C4/5 ergeben. Nach einer Studie von Krakenes, J. und B. R. Kaale aus dem Jahr 2006 wärden Ligamenta eine wesentliche Rolle in Kombination mit Läsionen von anderen Strukturen spielen. Dies stütze die frühere Hypothese, dass Ligamenta als Ursachenfaktor für Schmerzen und Einschränkung bei einem chronischem Schleudertrauma von Bedeutung seien (Urk. 17 S. 9 Ziff. 6).

Die Untersuchung vom 18. Juni 2007 (funktionelles MRT) habe einen Befund ergeben, der mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 14. Januar 2006 zurückzuführen sei. Eine Bandläsion sei häufig nach Traumata der Halswirbelsäule anzutreffen. Stürze auf den Rücken seien häufig mit einer Traumatisierung der Halswirbelsäule verbunden, die in der Regel peitschenhiebartig sei. Ein solches Trauma könne erhebliche Kräfte an der Halswirbelsäule entwickeln. Es sei durchaus geeignet, Bandläsionen wie vorliegend entstehen zu lassen. Die Behandlung sei in der Regel konservativ und meistens langwierig, wobei mit Restbeschwerden gerechnet werden müsse. Der Unfall habe sich vor eineinhalb Jahren ereignet. Eine gewisse Besserung sei durchaus möglich. Da die Beschwerdeführerin eine commotio cerebri erlitten habe, sei eine minimale Hirnschädigung nicht auszuschliessen. Eine neuropsychologische Untersuchung sei indiziert (Urk. 17 S. 10 unten). Die im Bericht der Rehaklinik F.\_\_\_\_ beschriebene somatoforme Schmerzstörung mit histrionischen Verhaltensauffälligkeiten sei angesichts des neuen Befundes zu relativieren (Urk. 17 S. 11 oben).

Die geschilderten Beschwerden seien anhand der erwähnten Befunde ausreichend zu erklären (Urk. 17 S. 11 Ziff. 3). Es bestehe ein chronisches posttraumatisches cerviko-cephales Schmerzsyndrom und ein Verdacht auf eine minimale Hirnschädigung mit neuropsychologischen Defiziten (Urk. 17 S. 11 Ziff. 4). Die geschilderten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Folge des Unfalls vom 14. Januar 2006 (Urk. 17 S. 12 Ziff. 5.1). Ein Vorzustand bestehe nicht. Die wenigen degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule seien für das Beschwerdebild ohne Bedeutung (Urk. 17 S. 12 Ziff. 5.2). Für die Tätigkeit als Kassiererin bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit bei maximal 30 %. In Frage kommen würden Überwachungsfunktionen oder leichte Tätigkeiten im administrativen Bereich (Urk. 17 S. 12 Ziff. 6.1-6.2). Der Endzustand sei noch nicht erreicht. Die Beschwerdeführerin benötige weiterhin regelmässig Physiotherapie mit ergänzender leichter körperlicher Aktivierung, anfanglich im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie (Urk. 17 S. 12 Ziff. 8). Die Beurteilung eines allfälligen Integritätsschadens sei verfrüht (Urk. 17 S. 12 Ziff. 10).

3.10 Die Beschwerdegegnerin unterbreitete die Akten in der Folge Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, zur Beurteilung (Urk. 10).

Dr. B.\_\_\_\_ stellte in der neurologischen Beurteilung vom 11. Oktober 2007 fest, es sei unklar, ob Dr. Z.\_\_\_\_ die Bilder vom 18. Juni 2007 zur eigenen Beurteilung zur Verfügung gestanden hätten und ob er sich ein eigenes Urteil über die Qualität der Aufnahmen habe machen können. Die Aussagekraft der Untersuchungsmethode werde von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht beurteilt (Urk. 10 S. 4 Mitte). Dr. Z.\_\_\_\_ habe nicht erfragt, ob der Unfall sich bei schneller Abfahrt oder im Stand ereignet habe. Aus dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ gehe hervor, dass sich der Unfall auf dem sehr flachen Beginn der Piste ereignet

habe. Zu diskutieren seien zwei Verletzungsmöglichkeiten. Die erste Möglichkeit bestehe in einem direkten Anprall am Hinterkopf und indirekter sekundärer plötzlicher einsetzender Anteflektionsbewegung der Halswirbelsäule. Als zweite Möglichkeit komme ein direkter Rückenprall im Bereich der Brust- oder Halswirbelsäule und ein im Rahmen einer plötzlichen einsetzenden Retroflektionsbewegung der Halswirbelsäule erfolgter indirekter Kopfanprall am Hinterkopf in Betracht. Bei keiner der beiden Möglichkeiten sei eine schnelle und energiereiche zweite Bewegungsphase der Halswirbelsäule in Gegenrichtung zu erwarten. Ein peitschenhiebähnlicher Unfallmechanismus sei daher unwahrscheinlich (Urk. 10 S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund experimenteller Studien von Maak et al. (erschieden 2006 in der Zeitschrift Spine) sei davon auszugehen, dass die Ligamenta alaria rechts solide Strukturen seien. Die Autoren seien anhand von Präparaten von sechs Leichen zum Schluss gekommen, dass Verletzungen der Ligamenta alaria nur bei Mehrfachkollisionen oder Traumata der Halswirbelsäule verbunden mit Akzellerationskräften von über 8 G, was etwa einer Geschwindigkeitsänderung von 30 km/h entspreche, auftreten würden. Vergleichsweise könne bei einem Skiunfall von einer Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) von unter 15 km/h ausgegangen werden. Ohne schwere Verletzungen und ohne den Nachweis knöcherner Läsionen sei unter Beachtung der genannten Erkenntnisse eine Verletzung der Ligamenta alaria nicht zu erwarten (Urk. 10 S. 4 f.). Schwere Verletzungen am Kopf seien nicht dokumentiert. Es sei unklar, ob die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Unfalls einen Helm getragen habe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Anamnese zum genauen Unfallhergang sei zum Teil widersprüchlich. Gemäss Dr. Z. \_\_\_ habe die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall einen Bewusstseinsverlust von einigen Minuten erlitten. Die Beschwerdeführerin habe gegenüber der Beschwerdegegnerin berichtet, dass sie zunächst aufgestanden sei und es erst dann zu einer Bewusstlosigkeit mit einem erneuten Sturz in den Schnee gekommen sei. Eine zeitlich verzögert eingetretene sekundäre Bewusstseinsstörung könne die Folge einer vasovagalen Synkope im Rahmen einer Schreckreaktion auf den Unfall gewesen sein und stehe nicht in einem kausalen Zusammenhang mit einer Traumatisierung des Hirngewebes. Dagegen könne ein unmittelbarer Bewusstseinsverlust Ausdruck einer vorübergehenden Funktionsstörung des Hirngewebes im Rahmen einer leichten traumatischen Hirnverletzung sein. Dabei könne höchstens von einer leichten traumatischen Hirnschädigung (MTBI Grad 1) ausgegangen werden (Urk. 10 S. 5 Mitte). Die kraniale Magnetresonanztomographie vom 6. November 2006 habe nach eigener Beurteilung der Bilder keine unfallbedingte Hirnläsion ergeben. Hämosiderinsensible Sequenzen seien durchgeführt worden. Eine dauerhafte organische Hirnläsion als Folge des Unfalls sei nicht wahrscheinlich. Bei einem Decrescendo-Verlauf der Beschwerden seien etwa 90 % der Betroffenen spätestens sechs bis zwölf Wochen nach dem Trauma wiederhergestellt und würden nach einem Jahr über keine Beschwerden klagen. Eine organische Ursache der beklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sei nicht ausgewiesen. Eine neuropsychologische Untersuchung sei aufgrund der Unfallfolgen nicht indiziert (Urk. 10 S. 5 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die von Dr. Z. \_\_\_ beschriebene Strukturveränderung des rechten Ligamentum alare müsse zur Kenntnis genommen werden. Die Studie von Krakenes erfordere aber eine methodenkritische Überprüfung. Nach Arbeiten von Pfirrmann und

Roy (vgl. Urk. 10 S. 7 unten) hätten gleichwertige Veränderungen auch bei gesunden beschwerdefreien Probanden nachgewiesen werden können (Urk. 10 S. 6 Mitte). Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde sei eine unfallbedingte strukturelle Läsion im Bereich der Halswirbelsäule und des Gehirns nicht nachweisbar. Bei einer leichten Distorsion der Halswirbelsäule entsprechend dem klinisch erhobenen Befund und unter der Annahme einer höchstens leichten traumatischen Hirnverletzung seien die heute noch geklagten Beschwerden vor dem Hintergrund eines zu erwartenden abklingenden Verlaufs der Beschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen (Urk. 10 S. 6 f.).

#### E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin leidet nach einem am 14. Januar 2006 erfolgten Sturz beim Skifahren mit einer Commotio cerebri an einem posttraumatischen cerviko-cephalen Schmerzsyndrom (Urk. 17 S. 11 Ziff. 4) und an einer mittelschweren Depression (Urk. 3/3). In somatischer Hinsicht stehen die seit dem Unfall andauernden Nacken- und Kopfschmerzen der Beschwerdeführerin bei stark eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule im Vordergrund. Palpatorisch wurde eine deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur festgestellt (Urk. 17 S. 7 Ziff. III.1). Die Untersuchung der Halswirbelsäule vom 18. Juni 2007 (funktionelles MRT) ergab eine Strukturveränderung des rechten Ligamentum alare (Urk. 17 S. 9 Ziff. 6).

4.2 Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin das in Arbeit gestandene Gutachten bei Dr. Z. \_\_\_ in ihrer Entscheidungsfindung nicht abgewartet habe (Urk. 1 S. 7).

Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anführung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer befürderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin konnte sich im Rahmen dieses Verfahrens vollumfänglich zur Sache äussern, wobei ein zweiter Schriftenwechsel durchgeführt worden ist. Da das angerufene Gericht sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann und dem Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vorliegend Rechnung zu tragen ist, erweist sich eine allfällige Gehörsverletzung der Beschwerdegegnerin als geheilt. Auf eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin ist daher zu verzichten.

Dr. Z. \_\_\_ befürwortete eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung (Urk. 17 S. 10 unten). Dem steht entgegen, dass seine Untersuchung keine neurologischen Ausfälle ergab (Urk. 17 S. 8 Ziff. 2). Dr. Z. \_\_\_ legte nicht dar, welche Untersuchungen er in neuropsychologischer Hinsicht vorgenommen hat. Die Schlussfolgerung leichter neuropsychologischer Defizite (vgl. Urk. 17 S. 8 Ziff. 3) ist für das Gericht damit nicht nachvollziehbar. Nach der neurologischen Beurteilung durch Dr. B. \_\_\_ ist zudem davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin höchstens eine leichte

traumatische Hirnverletzung erlitten hat (Urk. 10 S. 5 Mitte), wodurch andauernde allfällige neuropsychologische Defizite nicht zu erklären sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung sind Erkenntnisse aus neuropsychologischer Sicht für sich allein zudem von vornherein nicht geeignet, unfallbedingte hirnorganische Funktionsstörungen nachzuweisen (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 9. August 2006, U 273/06, Erw. 3.3). Auf die beantragte neuropsychologische Begutachtung ist daher zu verzichten.

#### 4.4 Ä Ä Ä Ä

4.4.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Rechtsprechungsgemäss fällt nach einer Distorsionsverletzung der HWS oder einer äquivalenten Verletzung die besondere, mit der natürlichen Kausalität nicht mehr deckungsgleiche Adäquanzbeurteilung erst in Betracht, wenn die Beeinträchtigungen nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehen (vgl. BGE 117 V 365 Erw. 5d/bb). In Präzisierung der Wendung der "gewissen Zeit nach dem Unfall" hat das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht in neueren Entscheiden festgehalten, dass die Adäquanz erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu präfen sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen K. vom 11. Februar 2004, U 246/03, Erw. 2.4 mit Hinweisen).

Dieser für die Adäquanzprüfung massgebende Zeitpunkt, bei dem der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist, darf dabei nicht gleichgesetzt werden mit dem Zeitpunkt, zu dem im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Während nämlich beim Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG massgebend ist, ob effektiv der medizinische Endzustand erreicht ist, der durch weitere Behandlungen nicht mehr namhaft verändert werden kann, wird beim Zeitpunkt des Abschlusses des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses im Sinne der Rechtsprechung zur Adäquanzprüfung danach gefragt, wann dieser Abschluss unter Berücksichtigung des konkreten medizinischen Befundes erwartungsgemäss hätte erfolgt sein müssen (vgl. hierzu auch die Bemerkungen zum Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. Februar 2004 von Schatzmann/Wernli in: Adäquanzprüfung: Wann ist der richtige Zeitpunkt?, HAVE/REAS 2/2004 S. 121 f.). Von diesem Zeitpunkt an kann ungeachtet dessen, ob der Behandlungsabschluss tatsächlich bereits erfolgt und der Endzustand erreicht ist, von der natürlichen Unfallkausalität nicht mehr ohne weiteres auf die Unfalladäquanz geschlossen werden (vgl. Urteile des hiesigen Gerichts in Sachen G. vom 23. September 2005, UV.2004.00211, Erw. 2.3.3; in Sachen O. vom 14. September 2006, UV.2005.00163, Erw. 3.4.2; sowie in Sachen K. vom 30. April 2007, UV.2005.00200, Erw. 6.4.2).

4.4.2 Ä Ä In medizinischer Hinsicht ist unklar, ob es sich bei der von Dr. Z.\_\_\_\_ beschriebenen Strukturveränderung des Ligamentum alare um eine Folge des Unfalls vom 14. Januar 2006 handelt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während der Befund gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei (Urk. 17 S. 10 Mitte), bestreitet Dr. B.\_\_\_\_ bereits die Annahme von Dr. Z.\_\_\_\_, dass es bei dem Sturz zu einer peitschenhiebartigen Verletzung der Halswirbelsäule gekommen sei. Plausibel sei nach

Dr. B.\_\_\_\_ stattdessen ein direkter Kopfanprall am Hinterkopf oder ein direkter Aufprall mit dem Rücken im Bereich der Brust- oder Halswirbelsäule. Bei keinem der von Dr. B.\_\_\_\_ genannten Varianten wäre eine schnelle und energiereiche zweite Bewegungsphase der Halswirbelsäule in Gegenrichtung zu erwarten gewesen (Urk. 10 S. 4 unten). Gemäss den von Dr. B.\_\_\_\_ angeführten Studien konnte eine Signaländerung des Ligamentum alare auch bei Probanden festgestellt werden, welche kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hatten (Urk. 10 S. 6). Sodann bestehen Zweifel, dass sich die Beschwerdeführerin, wie von ihr behauptet (Urk. 1 S. 13 Ziff. 9.1), vor dem Unfall auf einer steilen Piste mit einer Geschwindigkeit von 25-35 km/h in Schussfahrt befand. Nach dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom Juli 2006, dem die Ärtlichkeit bekannt ist, soll sich der Unfall auf dem sehr flachen Beginn der Piste zugetragen haben (Urk. 11/12/2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. Z.\_\_\_\_ stellte in seiner Beurteilung massgeblich auf die Untersuchung der Halswirbelsäule vom 18. Juni 2007 (funktionelle Magnetresonanztomographie, fMRT) ab. Bei der funktionellen Magnetresonanztomographie handelt es um eine neuere Form der Kernspintomographie, welche sich von der herkömmlichen Magnetresonanztomographie dadurch unterscheidet, dass Aufnahmen in verschiedenen Funktionsstellungen (oder Aktivitätszuständen) durchgeführt werden. Bei Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule werden neben Aufnahmen in der Normalstellung in der Regel solche in unterschiedlicher Rechts- oder Linksrotation sowie in Flexions- oder Extensionsstellung des Schädels vorgenommen. Über die diagnostische Bedeutung der mittels funktioneller Magnetresonanztomographie erhobenen Befunde und deren Eignung für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Distorsionen gehen die ärztlichen Meinungen auseinander (BGE 134 V 233 Erw. 5.2). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist es nicht Sache des Sozialversicherungsgerichts, medizinisch-wissenschaftliche Kontroversen zu klären; seine Aufgabe beschränkt sich darauf, die Unfallkausalität aufgrund der im konkreten Fall gegebenen Verhältnisse und unter Berücksichtigung der medizinischen Lehrmeinung zu beurteilen (BGE 134 V 234 Erw. 5.3 mit Hinweisen). Demzufolge stellen fMRT-Untersuchungen jedenfalls nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen dar (BGE 134 V 235 Erw. 5.4). An dieser Einschätzung ist vorliegend festzuhalten. Bei der von Dr. Z.\_\_\_\_ beschriebenen Strukturveränderung des Ligamentum alare handelt es sich daher nicht überwiegend wahrscheinlich um eine Folge des Unfalls vom 14. Januar 2006. Da die Beschwerdeführerin bei dem Unfall im Wesentlichen eine milde traumatische Hinverletzung erlitten hat, ist mit Dr. B.\_\_\_\_ von einem normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozess von einem Jahr (Urk. 10 S. 5 unten) auszugehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Äbrigen war per Ende März 2007 von einer weiteren Behandlung auch keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG zu erwarten. Nach dem Bericht der Ärzte der Rehaklinik F.\_\_\_\_ hatte die im Verlauf der Hospitalisation bei der Beschwerdeführerin angewandte Physiotherapie eher eine Zunahme der Schmerzen zur Folge (Urk. 11/37/4 unten). In dem Bericht wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass kein therapeutischer Zugang zu der Beschwerdeführerin hergestellt werden konnte (Urk. 11/37/2-3, Urk. 11/37/4 unten, Urk. 11/37/10 unten). Auch wenn nach Dr. Z.\_\_\_\_ eine gewisse Besserung durchaus möglich ist (Urk. 17 S. 12 Ziff. 9), fehlt es nicht zuletzt im Hinblick auf das dokumentierte Schmerzverhalten der

Beschwerdeführerin an der zu erwartenden namhaften Besserung des Gesundheitszustandes.

Die Beschwerdeführerin beanstandet, die Beschwerdegegnerin sei im Einspracheentscheid vom 5. Juli 2007 selbst von einer üblichen Therapiedauer von zwei bis drei Jahren nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule ausgegangen (Urk. 1 S. 11 oben). Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin sind im Zusammenhang mit der Prüfung der Adäquanz zu interpretieren (Urk. 2 S. 7 Erw. 5a). Dass nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule in jedem Fall eine Behandlung von zwei bis drei Jahren erforderlich wäre, lässt sich dem angefochtenen Einspracheentscheid nicht entnehmen. Nach dem Gesagten ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlung 14 Monate nach dem Unfall abgeschlossen und sie zur Prüfung der Adäquanz übergegangen ist.

Mit der neurologischen Beurteilung durch Dr. B. \_\_\_ ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die noch geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sind. Da der Endzustand nach Ansicht von Dr. Z. \_\_\_ noch nicht erreicht ist, kann die Frage der natürlichen Kausalität jedoch offengelassen werden. Wie nachfolgend (Erw. 4.6) zu zeigen ist, fehlt es ohnehin am adäquaten Kausalzusammenhang.

#### **E. 4.6**

4.6.1 Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 366 Erw. 6a, letzter Absatz).

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a).

4.6.2 Die Ärzte der Rehaklinik F. \_\_\_ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung mit ängstlich-depressiver Komponente nach ICD-10: F45.4. Sie erachteten eine psychotherapeutische Behandlung für notwendig (Urk. 11/37/1). Das in der Rehaklinik F. \_\_\_ durchgeführte psychosomatische Konsilium ergab, dass die psychiatrische Problematik das Beschwerdebild eigentlich dominiert (Urk.

11/37/12). Nach dem Bericht von med. pract. I.\_\_\_\_ vom 1. April 2007 ist es im Verlauf zu einer mittelschweren Depression gekommen (Urk. 3/3). Da die psychische Problematik nach Einschätzung der Ärzte im Vordergrund steht und die rein körperlichen Beschwerden eigentlich in den Hintergrund getreten sind, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung bei Unfällen mit psychischen Folgeschäden (BGE 115 V 133 ff.) zu beurteilen.

4.6.3 Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit,



Da nur eines der genannten Kriterien (körperliche Dauerschmerzen), dieses aber nicht besonders ausgeprägt erfährt ist, fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis.

5. Die Beschwerdeführerin beantragt die Übernahme der Kosten des Privatgutachtens von Dr. Z. \_\_\_ in Höhe von Fr. 5'000.-- durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2; Urk. 16 S. 2 und S. 19 f.).

Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die Kosten eines privat eingeholten Gutachtens zu vergüten, soweit es für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 und RKUV 2000 Nr. U 362 [U 360/98] S. 44 Erw. 3b, Nr. U 395 [160/98] S. 322 Erw. 7a), und zwar unter Umständen auch wenn die versicherte Person in der Sache unterliegt (RKUV 2005 Nr. U 547 [U 85/04] S. 221 Erw. 2.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 15. Dezember 2006, I 591/06, Erw. 5.1).

Nachdem in der Untersuchungsmethode der funktionellen Magnetresonanztomographie kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen gesehen werden kann (vgl. vorn Erw. 4.4.2) und die im April 2006 von Dr. Z. \_\_\_ durchgeführte neurologische Untersuchung einen normalen Befund ergab, so dass eine größere Läsion am Nervensystem von Dr. Z. \_\_\_ noch im April 2006 ausgeschlossen wurde (vgl. Urk. 11/5/2 unten), bestand keine Veranlassung für weitere neurologische Abklärungen. Das neurologische Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ erweist sich daher nicht als unerlässlich, weshalb das Begehren um Übernahme der Kosten der Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin abzuweisen ist.

6. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht per Ende März 2007 zur Präfung der Adäquanz übergegangen ist. Da es hinsichtlich der Beschwerden an einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. Januar 2006 fehlt, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht auf den 31. März 2007 eingestellt. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Ebenso ist der Antrag auf Übernahme der Kosten des Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vom 17. August 2007 durch die Beschwerdegegnerin abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Fürsprecher Claude Lengyel
  - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
  - Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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 dem 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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