

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00039 vom 30. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00039](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00039)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00039 du 30 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00039 del 30 giugno 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2. 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 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 blosses 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).

1.3. Aus medizinischer Sicht handelt es sich bei der als Schleudertrauma der Halswirbelsäule bezeichneten Einwirkung um einen Beschleunigungsmechanismus an der Halswirbelsäule mit der dazugehörigen Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule oder des Nackens (RKUV 1995 Nr. U 221 S. 112). Die darauf zurückzuführenden unfallbedingten Beschwerden können, auch wenn sie organisch nicht (hinreichend) nachweisbar sind, unter Umständen eine Leistungspflicht des Unfallversicherers

auslösen (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b). 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 Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.4. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.5. 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). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

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). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. 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. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige 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 hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den 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 (BGE 134 V 109 ff.; 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).

1.6 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). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte

Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

## **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte fest, gestützt auf die Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte sei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. August 2005 und den nach dem 11. September 2006 weiterbestehenden Beschwerden nicht mehr gegeben (Urk. 2 = Urk. 8/70 S. 6 ff.). Sie verneinte sowohl die natürliche - da der Beschwerdeführer innerhalb der geforderten Latenzzeit von höchstens 72 Stunden keine Nackenschmerzen verspürt habe (Urk. 7 S. 6 Ziff. 5.3.1 ff.) - als auch - aufgrund fehlender unfallbedingter somatischer Befunde - die adäquate Kausalität. Als einzige bildgebend dargestellte Befunde hielt sie einen Spondylophyten und eine Diskushernie fest, welche jedoch nicht unfallkausal, sondern degenerativ, unabhängig vom Unfall entstanden seien (Urk. 7 S. 5 Ziff. 5.2.1).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer macht unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. B. \_\_\_ geltend, die nach dem 11. September 2006 weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (die HWS-Operation vom 3. Januar 2007 eingeschlossen [Urk. 14 S. 6 letzter Absatz]) seien auf das Unfallereignis zurückzuführen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 3). Da unfallbedingte somatische Befunde vorliegen, entfalle eine gesonderte Adäquanzprüfung. Ausserdem seien die psychischen Beschwerden weder direkt nach dem Unfall noch im weiteren Verlauf vollständig in den Vordergrund getreten. Es sei von einer unfallbedingten Erwerbseinbusse von über 50 % und von einem Integritätsschaden von 25 % auszugehen (Urk. 14 S. 8 Abs. 1 f. und S. 9 Ziff. 5 Abs. 1).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bis zum 11. September 2006. Streitig ist, ob für die Zeit ab dem Datum der Leistungseinstellung ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in natürlich und adäquat kausaler Weise auf den Unfall vom 13. August 2005 zurückzuführen ist, insbesondere ob der Beschwerdeführer an klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen leidet, bei denen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt.

## **E. 3**

3.1 Am 13. August 2005 stürzte der Beschwerdeführer nach einem Fehltritt auf dem Bahnsteig vorwärts auf das Gesicht und fiel auf das einen halben Meter tiefer gelegene Bahngleis hinunter (Bericht von Kreisarzt Dr. F. \_\_\_ er vom 29. August 2006 [Urk. 8/26 S. 2] und Gutachten Dr. B. \_\_\_ [Urk. 15/1 S. 6]). Der erstbehandelnde Arzt der chirurgischen Klinik des Spitals Z. \_\_\_, Dr. A. \_\_\_, diagnostizierte eine Nasenbeinfraktur und eine oberflächliche Rissquetschwunde, schloss eine commotio cerebri anamnestisch aus und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 17. August 2005 (Bericht vom 25.

August 2005 [Urk. 8/2]).

Am 13. Januar 2006 berichtete Dr. med. I. \_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, der Beschwerdeführer sei in der Beweglichkeit der Schultern und im zervikothorakalen Übergang massiv eingeschränkt (Urk. 8/7). Gestützt auf eine MR-Untersuchung der HWS vom 8. Februar 2006 (Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_, vom 13. Februar 2006 [Urk. 8/55]) diagnostizierten die Ärzte Dres. med. K. \_\_\_\_, und L. \_\_\_\_, von der orthopädischen Abteilung der chirurgischen Klinik des Spitals Z. \_\_\_\_, am 10. Februar 2006 eine Zervikobrachialgie linksbetont nach HWS-Distorsion am 13. August 2005 und einen Spondylophyten auf Niveau C3/C4 mit Einengung des Spinalkanals mediolateral linksseitig (Urk. 8/10).

Es folgten Untersuchungen in der orthopädischen Abteilung der Klinik M. \_\_\_\_, Dr. med. N. \_\_\_\_, und Dr. O. \_\_\_\_, Chiropraktin, stellten in ihrer Wirbelsäulensprechstunde vom 21. Februar 2006 eine Hypertonie der paravertebralen Muskulatur der HWS und des Schultergürtels sowie eine Druckdolenz und einen Klopfschmerz über der HWS fest (Bericht vom 6. März 2006 [Urk. 8/13]). Nach einer weiteren Untersuchung vom 21. März 2006 erklärten Dres. med. P. \_\_\_\_, und Q. \_\_\_\_, die klinischen und radiologischen Untersuchungen sowie eine neurophysiologische Beurteilung hätten keine Anhaltspunkte für ein morphologisches Korrelat zur vorliegenden Klinik ergeben. Der beschriebene Retrospondylophyt auf Höhe von C3 sei im Sinne von degenerativen HWS-Veränderungen zu sehen. Eine Kompromittierung des zervikalen Marks oder der abgehenden Wurzel könne aufgrund der durchgeführten Untersuchungen ausgeschlossen werden (Bericht vom 28. März 2006 [Urk. 8/14]).

Am 13. August 2006 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Dr. F. \_\_\_\_, erachtete den Spondylophyten auf Höhe von C3 als harmlos. Die linksbetonte Zervikobrachialgie sei verschwunden, rechts seien noch periscapuläre Verspannungen vorhanden. Es sei davon auszugehen, dass die Entwicklung der Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich durch starke Spannungen am Arbeitsplatz, die schon seit längerer Zeit bestanden hätten, zunehmend überlagert worden sei. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Indikation seit bald zwei Monaten nicht mehr berufstätig. Aus somatischer Sicht beständen keine relevanten behandlungsbedingten Residuen des Ereignisses vom 13. August 2005 mehr (Bericht vom 29. August 2006 [Urk. 8/26 S. 4 Abs. 4 ff.]).

Am 21. September 2006 untersuchte Dr. D. \_\_\_\_, den Beschwerdeführer. Sie diagnostizierte eine harte Diskushernie C3/C4 mit Einengung des Spinalkanals mediolateral linksseitig und Wurzelkompression C4 links, attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und empfahl ein operatives Vorgehen (Bericht vom 25. September 2006 [Urk. 8/56]). Am 23. Oktober 2006 bemerkte Dr. D. \_\_\_\_, das Segment C3/C4 sei stabil, aufgrund der grossen Osteophytose sei eine ventrale Mikrodiskektomie (d.h. eine Bandscheibenentfernung mit Hilfe des Operationsmikroskopes) mit Spondylodese C3/C4 indiziert (Urk. 8/45.2). Schliesslich führten Dres. C. \_\_\_\_, und D. \_\_\_\_, am 3. Januar 2007 im Spital E. \_\_\_\_, (Operationsbericht vom 5. Januar 2007 [Urk. 8/49]) eine Dekompression C3/C4 mit Diskusausräumung und Diskushernienentfernung durch und setzten eine Bandscheibenprothese C3/C4 ein. Als Operationsdiagnosen hielten sie eine Spinalkanalstenose C3/C4, lumboradikuläre Reizungen C4 beidseits und eine Diskushernie C3/C4 linksbetont fest.

Am 19. November 2007 nahm der Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_er erneut Stellung. Er hielt fest, die Indikation zur Operation im Herbst sei wegen des Spondylophyten an C3 gestellt worden. Im Februar und August 2006 sei die HWS frei beweglich gewesen, weshalb die Bedeutung des Unfalles vom 13. August 2005 in der Periode von Februar bis August 2006 erloschen sei (Urk. 8/67 S. 1 Abs. 6 f. und S. 2 Abs. 6 ff., vgl. auch Urk. 8/47).

Am 17. Dezember 2007 (Urk. 8/69) nahm Dr. H.\_\_\_\_ von der Abteilung Versicherungsmedizin Stellung. Dr. H.\_\_\_\_ erklärte, ein Spondylophyt sei eine knöchelartige Randzacke, die sich im Verlauf der Bandscheibendegeneration im Bereich des vorderen Längsbandes entwickle und sich im Röntgenbild durch eine kleine Ausziehung im Bereich der Wirbelkörperplatte ausdrücke. Der Spondylophyt enge den Spinalkanal linksseitig ein. Dr. D.\_\_\_\_ habe die auf Höhe C3/C4 vorliegenden Veränderungen als beschwerderelevant erachtet. Sie habe ein radikales Syndrom diagnostiziert und dafür eine harte Diskushernie und eine linksbetonte Einengung des Foramen intervertebrale C3/C4 verantwortlich gemacht, die zur Nervenwurzelkompression C4 beitragen würden. Dr. H.\_\_\_\_ selbst bezweifelte die Diagnose Spondylophyt oder harte Diskushernie und nahm eher eine anatomische Normvariante als eine Begleiterscheinung einer Bandscheibendegeneration an (Urk. 8/69 S. 2 Abs. 2, S. 4 Abs. 2 und S. 6 Abs. 1).

In seinem neurologischen Gutachten vom 7. Juni 2008 (Urk. 15/1) diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ bei Status nach Sturzverletzung vom 13. August 2005 eine Nasenbeinfraktur, ein HWS-Distorsionstrauma, eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) ohne bleibende Folgen, eine mediale Diskushernie C3/C4 mit zervikoradikalem Reizsyndrom C4 links, eine schmerzhafte AC-Arthrose links sowie eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung. Die bis zu seiner Untersuchung vom 2. April 2008 weiterbestehenden Nacken- und Schulterbeschwerden führte Dr. B.\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Sturzverletzung vom 13. August 2005 zurück (Urk. 15/1 S. 8 Abs. 2 und S. 12 Ziff. 5.1). Dr. B.\_\_\_\_ erklärte, mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit wäre es ohne den Unfall nicht zur Operation gekommen (Urk. 15/1 S. 11 Abs. 4) und krankhafte, unfallfremde Vorkrankungen seien nicht bekannt (Urk. 15/1 S. 12 Ziff. 5.2). Postoperativ hätten erhebliche Schluckstörungen bestanden und auch heute würden noch leichtere Schluckstörungen auftreten (Urk. 15/1 S. 11 Abs. 11). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Service-Techniker betrug nach seiner Auffassung 33 % und von einer stationären Behandlung in einem Schmerzprogramm erwartete er eine Reduktion der Schmerzproblematik. Den Integritätsschaden schätzte er auf 25 %.

Am 28. Juli 2008 prüfte Dr. H.\_\_\_\_ das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_. Dr. H.\_\_\_\_ bezweifelte erneut die Richtigkeit der Diagnose einer traumatischen Diskushernie C3/C4. Zudem kritisierte Dr. H.\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_ sei sich nicht im Klaren gewesen, welches die eigentliche Indikation zum operativen Eingriff an der Halswirbelsäule gewesen sei (Urk. 20): War die mediale Diskushernie C3/C4 (vgl. Urk. 15/1 S. 12 Ziff. 4) Anlass für den Eingriff (Hernie operativ versorgt mit Prothese) oder eher der Spondylophyt (überwiegend wahrscheinlich fand sich der im Januar 2007 zur HWS-Operation führende einengende Osteophyt ...)?

3.2 Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der

zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweisen). Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin datiert vom 7. Januar 2008 (Urk. 2). Da das neurologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2008 (Urk. 15/1) und die zweite ärztliche Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2008 (Urk. 20) jedoch Tatsachen betreffen, die sich vor dem Einspracheentscheid verwirklicht haben, sind sie als Beweismittel gleichwohl grundsätzlich zu berücksichtigen.

Die Akten-Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2007 und vom 28. Juli 2008, welche mit den kreisärztlichen Kausalitätsbeurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_er (Urk. 8/26 und Urk. 8/67) sowie derjenigen von den Wirbelsäulen-Spezialisten der Klinik M.\_\_\_\_ (Urk. 8/14) weitgehend übereinstimmen, erscheinen - insbesondere hinsichtlich der Frage nach organischen Befunden und deren Kausalität - als schlüssig, sind nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit. Die Berichte berücksichtigen die geklagten Beschwerden und sie wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Somit erfüllen die Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche Berichte versicherungsinterner Ärzte gestellt werden.

Der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte, unter Berücksichtigung einzelner ergänzender medizinischer Akten, im Wesentlichen die Diagnosen von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_er, wobei er zusätzlich eine MTBI, eine HWS-Distorsion mit zervikaler Diskushernie C3/C4 sowie operationsbedingte Schluckstörungen diagnostizierte und eine Schmerzverarbeitungsstörung bestätigte (Urk. 15/1 S. 10 f.). Nur vage und nicht schlüssig beantwortete er dagegen die gestellten Fragen zum Kausalzusammenhang. Einerseits bezeichnete Dr. B.\_\_\_\_ einen intraspinalen Retrospondylophyten als knöchernen Dorn degenerativen Ursprungs und erklärte, es sei durch den Unfall vom 13. August 2005 sehr wahrscheinlich zu einer Verschlimmerung der eventuell schon vorbestehenden degenerativen Veränderungen an den Halswirbeln und im Schultergelenk gekommen (Urk. 15/1 S. 11 Abs. 2 und 5, S. 12 Ziff. 5.2.3). Andererseits hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, krankhafte unfallfremde Vorzustände seien nicht bekannt und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der einengende Osteophyt vor dem Unfall nicht existiert (Urk. 15/1 S. 12 Ziff. 5.2). Da sich das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ hinsichtlich unfallfremder Faktoren als wenig präzise erweist, ist, jedenfalls hinsichtlich der Frage nach organischen Befunden und deren Kausalität, auf die umfassenderen Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte, insbesondere auf diejenigen von Dr. H.\_\_\_\_, abzustellen.

3.3 Da von einzelnen untersuchenden Ärzten eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde (vgl. Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2006 [Urk. 8/7], Bericht von Dres. P.\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_ vom 28. März 2006 [Urk. 8/14] und Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ [Urk. 15/1]), Nackenschmerzen innert 72 Stunden nach dem Unfall in den medizinischen Akten nicht eindeutig verneint wurden (vgl. Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2007 [Urk. 8/69 S. 1 f.] und vom 28. Juli 2008 [Urk. 20 S. 3]), und da auch ein für die Verletzung im Bereich der HWS typisches Beschwerdebild sich teilweise herausgebildet hat (vgl. Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2006 [Urk. 8/7], Gutachten Dr. B.\_\_\_\_ [Ähnlichkeit und Halsverspannung in Urk. 15/1 S. 7 Abs. 1], Besprechungsprotokoll vom 5. April 2006 [Anfängliche Kopfschmerzen und Erbrechen in Urk. 8/16 S. 2] und Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ [Rezidivierende Kopfschmerzen, Herzrasen und Nervosität in Urk. 8/56 S. 1]), ist von der Diagnose einer HWS-Distorsion auszugehen, die, im Zusammenspiel mit unfallfremden Ursachen,

eine gesundheitliche Störung bewirkt hat.

3.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Zustand manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dr. F. \_\_\_ erklarte am 19. November 2007 mit Hinweis auf die Untersuchungen in der Klinik M. \_\_\_ (vgl. Bericht vom 28. März 2006 [Urk. 8/14]), die Bedeutung des Ereignisses vom 13. August 2005 sei in der Periode von Februar bis August 2006 - ausgenommen der weiteren bestehenden Verspannungen im nuchalen und Schultergürtelbereich - erloschen (Urk. 8/67 S. 3). Demnach war der Status quo sine bezuglich der HWS-Problematik im Sommer 2006 erreicht.

3.5 Hat sich ein für eine Verletzung im Bereich der HWS typisches Beschwerdebild eingestellt, so hat eine spezifische Adäquanzprüfung zu erfolgen, wenn die vom Beschwerdeführer geklagten weiterbestehenden Schulter- und Nackenschmerzen nicht auf unfallkausale, objektivierbare somatische Befunde zurückzuführen sind. Vorliegend finden sich - wie die nachstehenden Erwägungen zeigen - beim Beschwerdeführer keine fassbaren körperlichen Unfallfolgen.

Am 21. Februar 2006 fanden Dres. N. \_\_\_ und O. \_\_\_ eine Hypertonie der paravertebralen Muskulatur der HWS und des Schultergürtels sowie eine Druckdolenz und einen Klopfschmerz über der HWS (Urk. 8/13). Dr. F. \_\_\_ berichtete nach der Untersuchung vom 29. August 2006 über marginale Muskelverspannungen nuchal und im Schultergürtelbereich (Urk. 8/26 S. 3 f. und Urk. 8/67 S. 2 unten). Rechtsprechungsgemäss sind diese Befunde jedoch nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 25. Juli 2007, U 328/06, Erw. 5.2).

Dres. K. \_\_\_ und L. \_\_\_ beschrieben einen Spondylophyten auf Niveau C3/C4 mit leichter Einengung des Spinalkanals mediolateral linksseitig und wahrscheinlich eine kleine Diskushernie (Urk. 8/10), jedoch betrachteten sie die nur geringgradige Einengung des Spinalkanals auf Höhe C3/C4 eher nicht als Ursache für die angegebenen Beschwerden. Dres. P. \_\_\_ und Q. \_\_\_ stellten am 28. März 2006 fest, die klinischen und radiologischen Untersuchungen sowie eine neurophysiologische Beurteilung hätten keine Anhaltspunkte für ein morphologisches Korrelat zur vorliegenden Klinik ergeben. Der beschriebene Retrospondylophyt C3 sei als degenerative HWS-Veränderung aufzufassen (Urk. 8/14), was Dr. F. \_\_\_ er später bestätigte (Bericht vom 19. November 2007 [Urk. 8/67 S. 2]). Auch Dr. B. \_\_\_ bestätigte die Diagnose eines Retrospondylophyten und bezeichnete dessen Ursprung als degenerativ (Äknächerer Dorn degenerativen Ursprungs [Urk. 15/1 S. 11 Abs. 2]). Dr. H. \_\_\_ war gar der Ansicht, es liege gar kein Spondylophyt vor; er nahm an, dass der Wirbel C3 eine Variante der Anatomie aufweise, die das Vorliegen dieses Knochenspornes vortäusche (Beurteilung vom 28. Juli 2008 [Urk. 20 S. 3 Abs. 3]). Es ist somit aufgrund dieser Beurteilungen erstellt, dass der Spondylophyt kein unfallbedingter objektivierbarer somatischer Befund für die geklagten Beschwerden darstellt.

Dres. C. \_\_\_ und D. \_\_\_ erklärten in ihrem Operationsbericht vom 5. Januar 2007, es bestehe gemäss dem MRI eine deutliche Diskushernie (Urk. 8/49 S. 1), ohne sich zur Ätiologie zu äussern. In den Berichten vom 25. September 2006 (Urk. 8/56) und vom 23. Oktober 2006 bezeichnete Dr. D. \_\_\_ diese als Äharte Diskushernie

C3/C4, ebenfalls ohne Angaben zu deren Ursprung zu machen (Urk. 8/45/2). Hierzu erklärte Dr. H. \_\_\_\_, eine harte Diskushernie liege vor, wenn ein sich aufgrund einer Bandscheibendegeneration entwickelter Spondylophyt nach dorsal wachse und den Inhalt des Spinalkanals einenge (Urk. 8/69 S. 4 Abs. 2) und verneinte so eine traumatisch bedingte Diskushernie. Somit ist überwiegend wahrscheinlich, dass die diagnostizierte und behandelte zervikale Diskushernie C3/C4 kein unfallbedingtes objektivierbares somatisches Substrat darstellt.

Da insgesamt keine objektivierbaren unfallbedingten somatischen Befunde für die geklagten Nackenschmerzen festzustellen sind - sodann sind auch die anfänglich erheblichen Schluckbeschwerden unfallfremd; sie wurden als Operationskomplikation auf die Operation vom 3. Januar 2007 zurückgeführt - und zudem nicht feststeht, dass die physischen Beschwerden im Vergleich zu den psychischen Beschwerden eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, ist nachfolgend die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen.

Ein Fallabschluss - und damit die Adäquanzprüfung - darf vorgenommen werden, wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109, Erw. 4.1 ff). Da die versicherungsinternen Ärzte einen unfallbedingten Gesundheitsschaden im Zeitpunkt des Fallabschlusses verneinten und bezüglich der Muskelverspannungen auf Physiotherapie verwiesen, ist davon auszugehen, dass eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht mehr zu erwarten und damit die vorgenommene Adäquanzprüfung zulässig war.

#### **E. 4**

4.1 Die Schwere eines Unfalles bestimmt sich aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Rechtsprechungsgemäss ist dieser Sturz auf das Gesicht höchstens als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 11. Dezember 2008, 8C\_817/2007, Erw. 6.1). Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären.

4.2 Der Unfall, der sich nicht bei Einfahrt eines Zuges zugetragen hat (Besprechungsprotokoll vom 5. April 2006 [Urk. 8/16 S. 1 letzter Absatz]), hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet und ist nicht von besonderer Eindringlichkeit gewesen. Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, bedarf es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. Erw. 10.2.2). Da die Wirbelsäule des Beschwerdeführers durch unfallfremde Faktoren, namentlich durch Degeneration, erheblich geschädigt und deshalb speziell geeignet ist, die typischen Symptome hervorzurufen, ist die Verletzung als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen J. vom 11. Juni 2008, 8C\_785/2007, Erw. 4.4). Das Kriterium ist damit - wenn auch nicht in besonders

ausgeprägter Masse - erfüllt.

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung verlangt, dass die ärztliche Behandlung zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führte. Die Behandlung des Beschwerdeführers bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste ambulante Physiotherapie, Akupunktur, spezielle ärztliche Abklärungsmassnahmen, medikamentöse Analgesie bei Bedarf (insbesondere mit Novalgin-Tropfen [Urk. 8/69 S. 2 Abs. 3 und Urk. 8/56 S. 1]) und weitere medikamentöse Behandlung (unter anderem mit den Medikamenten Trittico, Mydocalm und Ponstan [Urk. 15/1 S. 9]) und zuletzt einzelne Kortisoninjektionen (Urk. 15/1 S. 8). Nach der Rechtsprechung sind ambulante physiotherapeutische Massnahmen nicht als belastend zu qualifizieren (Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 19. März 2009, 8C\_797/2008, Erw. 5.3.3). Auch die Konsultationen beim Hausarzt und die speziellen ärztlichen Abklärungsmassnahmen sind nicht als belastende ärztliche Behandlung zu betrachten. Dasselbe gilt für die der Sachverhaltsabklärung dienende gutachterlichen Untersuchungen. Die Operation vom 3. Januar 2007 im Spital E. ist nach der überzeugenden Beurteilung von Dr. H. nicht natürlich kausal auf den Unfall vom 13. August 2005 zurückzuführen: Als Operationsdiagnosen hielten die Operateure Dres. C. und D. eine Spinalkanalstenose C3/C4, lumboradikuläre Reizungen C4 beidseits und eine Diskushernie C3/C4 linksbetont fest (Operationsbericht vom 5. Januar 2007 [Urk. 8/49]). Davor gab Dr. D. am 21. September (Urk. 8/56) und am 23. Oktober 2006 (Urk. 8/45.2) als Diagnosen eine harte Diskushernie C3/C4 mit Einengung des Spinalkanals mediolateral linksseitig und Wurzelkompression C4 links an (in einem späteren, einzigen, nicht bei den Akten liegenden Bericht vom 25. Januar 2008 nannte Dr. D. gemäss dem Gutachten von Dr. B. eine Soft-Diskushernie C3/C4 [vgl. Urk. 15/1 S. 5]). Dr. H. führte hierzu aus, es handle sich um einen Spondylophyten, der sich aufgrund einer Bandscheibendegeneration entwickelt habe (Urk. 8/69 S. 4 Abs. 2). Die Spezialisten der Klinik M. und der Kreisarzt Dr. F. bestätigten den Spondylophyten als degenerative HWS-Veränderung (Urk. 8/14 und Urk. 8/67 S. 2). Entsprechend stellt die Operation vom 3. Januar 2007 keine unfallbedingte ärztliche Behandlung dar, weshalb insgesamt festzustellen ist, dass die ärztliche Behandlung nicht zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität des Beschwerdeführers führte.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Der Beschwerdeführer gab gegenüber der Beschwerdegegnerin am 5. April 2006 bewegungsabhängige Schmerzen an (Besprechungsprotokoll [Urk. 8/16]) und nannte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. August 2006 phasenweise Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich (Urk. 8/26 S. 2 Ziff. 3 Abs. 1). Bei der Untersuchung von Dr. B. erklärte der Beschwerdeführer, die Beschwerden, hauptsächlich die Verkrampfungen im Schulterbereich mit Ausstrahlung bis in den Nacken, treten mindestens zweimal pro Woche auf und würden drei bis 24 Stunden andauern (Urk. 15/1 S. 8 Abs. 2). Das Kriterium kann als erfüllt betrachtet werden. In ausgeprägter Weise liegt es aber nicht vor, spielen doch unfallfremde Faktoren eine nicht unerhebliche Rolle.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Klar zu verneinen ist dagegen das Kriterium einer die Unfallfolgen verschlimmernden ärztlichen Fehlbehandlung. Der Beschwerdeführer selbst nimmt an, dass Dres. C. \_\_\_ und D. \_\_\_ bei ihrer Operation vom 3. Januar 2007 die für ihn beste Behandlungsvariante gewählt hätten (Urk. 1 S. 6 Abs. 2). Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor. Denn die Einnahme von Analgetika und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C\_252/2007, Erw. 7.6, und Urteil des Bundesgerichts in Sachen W. vom 20. November 2008, 8C\_438/2008, Erw. 7.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer eine teilweise Arbeitsaufnahme am 12. September 2005 und eine volle Arbeitsfähigkeit, bei allerdings verminderter Leistung, ab 19. September 2005, mit zu Beginn drei Wochen Ferien und wochenweisen Unterbrüchen im Januar und Februar 2006, angab (Besprechungsprotokoll vom 5. April 2006 [Urk. 8/16]). Dr. I. \_\_\_ berichtete am 12. Juni 2006 über eine Wiederaufnahme der Arbeit ab 6. März 2006 zu 100 % bei 50%iger Leistung, welche durch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 5. Juni 2006 unterbrochen war, und attestierte ab 6. Juni 2006 wiederum eine Leistungsfähigkeit von 50 % bei 100%iger Anwesenheit (Urk. 8/22). Am 21. September 2006 bestätigte Dr. D. \_\_\_ - aufgrund der Diagnose einer harten Diskushernie - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 25. September 2006 [Urk. 8/56]). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. August 2006 erklärte der Beschwerdeführer, seit Ende Juni sei er aufgrund von - seit längerer Zeit bestehenden (gemäss Gutachten von Dr. B. \_\_\_ seit Sommer 2004 [Urk. 15/1 S. 7 Abs. 3]) - persönlichen Schwierigkeiten mit seinem neuen Vorgesetzten und aus psychiatrischer Indikation nicht mehr arbeitstätig (Urk. 8/26 S. 2 Ziff. 3 Abs. 1 und S. 4). Dr. B. \_\_\_ schätzte in seinem Gutachten die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Service-Techniker auf 33 %. Da im vorliegenden Fall unfallfremde Faktoren - sowohl somatische, als auch psychische (auch in der Replik wurde bemerkt, es gehe nicht um die Beurteilung psychischer Unfallfolgen [Urk. 14 S. 9 Ziff. 5 Abs. 1]) - eine erhebliche Rolle spielen, ist das Kriterium nicht als erfüllt zu betrachten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend sind höchstens, und nicht in ausgeprägter oder auffälliger Weise, zwei Kriterien erfüllt (besondere Art der erlittenen Verletzungen und erhebliche Beschwerden). Dies genügt nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang bejahen zu können. Das Eventualbegehren um Zusprechung einer Rente und einer Integritätsentschädigung ist demnach ebenfalls unbegründet.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Einspracheentscheid der SUVA vom 7. Januar 2008, mit welchem die Versicherungsleistungen per 11. September 2006 eingestellt wurden, ist demnach rechtmässig.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos (Art. 33 GSVG in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und entschädigungsfrei (Art. 34 GSVG in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Susanne Friedauer

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 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 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.