

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00178 vom 3. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00178

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00178 du 3 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00178 del 3 giugno 2010

Erwägungen

E. 2

Es seien weiterhin volle Taggelder auszurichten und die Heilungskosten zu ¼bernehmen.

E. 3

Eventualiter seien Rentenleistungen zu erbringen sowie eine IntegritÄtsentschÄdigung auszurichten.

E. 4

Eventualiter seien auch zusÄtzliche AbklÄrungen/Untersuchungen im Sinne der ErwÄgungen gemÄss Einsprache und der heutigen Beschwerde durchzuf¼hren.

E. 5

Alles unter Kosten- und EntschÄdigungsfolgen zu Lasten der Suva.Ä■

2.2Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem die SUVA mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2008 (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-130) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde mit VerfÄ¼gung vom 18. Juni 2008 der Schriftenwechsel als geschlossen erklÄrt (Urk. 9).

2.3Ä Ä Ä Ä Am 18. November 2009 teilte Rechtsanwalt Balmer mit, dass er den BeschwerdefÄ¼hrer per sofort nicht mehr vertrete (Urk. 11). Mit Schreiben vom 26. Januar 2010 (Urk. 12, Vollmacht Urk. 13) legitimierte sich Rechtsanwalt Dr. JÄ¼rg Baur als neuer Rechtsvertreter des BeschwerdefÄ¼hrers und reichte einen Bericht zu einem am 16. September 2009 vorgenommenen fMRI ein (Urk. 14). Am 28. Januar 2010 liess der BeschwerdefÄ¼hrer den Bericht von Dr. med. I.____, FMH Chirurgie, vom 15. Januar 2010 zu den Akten reichen (Urk. 15 und 16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin nahm am 24. MÄrz 2010 zu den neuen Eingaben des BeschwerdefÄ¼hrers Stellung (Urk. 22) und reichte eine Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. H.____ vom 15. MÄrz 2010 (Urk. 23) zu den Akten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer Äusserte sich hierzu am 3. Mai 2010 (Urk. 26, mit Beilagen Urk. Ä 27/1-2).

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden ErwÄgungen eingegangen.

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle, verneinte mit VerfÄ¼gung vom 26. Mai 2009 einen Anspruch von X.____ auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit heutigem Entscheid ab (Prozessnummer IV.2009.00587).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Â Â Â Â Â Â

1.1 Strittig und zu präufen ist, ob der Beschwerdeführer über den 25. Juni 2007 hinaus einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

1.2 Die Beschwerdegegnerin kam zum Schluss, es lägen keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen vor. Sie nahm eine Prüfung der Adäquanzkriterien nach BGE 134 V 109ff. vor und verneinte das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhanges. Im Weiteren stellte sie sich auf den Standpunkt, in antizipierter Beweiswürdigung sei auf weitere Abklärungen zu verzichten (Urk. 2). Die Verfügung vom 25. Juni 2007 sei genügend begründet worden. Auf die Aktenbeurteilung des Versicherungsmediziners Dr. H. ___ könne abgestellt werden, da diese auf den diversen Untersuchungsergebnissen weiterer Ärzte beruhe und es sich dabei zudem praktisch nur um eine Stellungnahme zum fMRI handle. Der Bericht von Dr. C. ___ habe keine medizinische Aussagekraft (Urk. 6). Gestützt auf die Beurteilung von Dr. H. ___ vom 15. März 2010 könnten auch mit der fMRI-Untersuchung vom 16. September 2009 keine Verletzungen im atlanto-axialen Bereich nachgewiesen werden (Urk. 22).

1.3 Der Beschwerdeführer liess dem entgegenhalten, die Verfügung vom 25. Juni 2007 sei mangels genügender Begründung nichtig. Bezüglich Bericht von Dr. H. ___ sei ihm das rechtliche Gehör nicht gewährt worden, was einen unheilbaren Mangel darstelle, weshalb der Bericht aus den Akten zu entfernen sei. Zudem habe Dr. H. ___ ihn nicht persönlich untersucht und sei aus dessen Bericht zu schliessen, dass auch Dr. H. ___ die Notwendigkeit ergänzender Untersuchungen einsehe. Obschon es sich bei Dr. C. ___ um einen behandelnden Arzt handle, erfüllten dessen Berichte die Beweisanforderungen, komme diesen voller Beweiswert zu und sei gestützt auf dessen Beurteilung vom 6. Mai 2008 vom Vorliegen ossärer unfallbedingter Verletzungen auszugehen (Urk. 1). Die unfallbedingte Behandlung durch Dr. C. ___ dauere an. Es sei offensichtlich noch kein Endzustand erreicht d.h. es sei zu erwarten, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie eine (teilweise) Reintegration in den Arbeitsprozess erfolgen könne (Urk. 7/97/2).

2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â Â Â Â Â Zunächst ist zu präufen, ob die Verfügung vom 25. Juni 2007 als nichtig zu qualifizieren ist. Der Beschwerdeführer liess hierzu geltend machen, die Verfügungsbegründung sei absolut ungenügend, es werde nicht einmal auf den kreisärztlichen Bericht hingewiesen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3).

2.1.1 Â Â Â Â Â Â Â Â Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten

liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatsächlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 Erw. 5b).

Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 2 f.).

2.1.2.1.2 Die Verfügung vom 25. Juni 2007 ist nur sehr knapp begründet, doch geht daraus klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin vom Fehlen eines organischen Substrates ausgeht und einen adäquaten Kausalzusammenhang verneint. Angesichts dessen war dem Beschwerdeführer eine sachgerechte Anfechtung möglich und ist die Verfügung nicht als nichtig zu qualifizieren. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Einspracheverfahren lediglich sagte, dass die Verfügung äusserst kurz begründet sei, jedoch keine ungenügende Begründung geltend machte (Urk. 7/97/2). Im Übrigen wurde der Einspracheentscheid einlässlich begründet und hatte der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren Gelegenheit, diesen detailliert anzufechten. Ein allfälliger Mangel der Verfügung ist aufgrund dessen ohnehin als geheilt zu betrachten.

2.2.2.2.2.2 Zudem liess der Beschwerdeführer beantragen, der Bericht von Dr. H. ___ sei aus dem Recht zu weisen, da er vor Erlass des Einspracheentscheides keine Gelegenheit zur Stellungnahme dazu gehabt habe, was eine unheilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs darstelle (Urk. 1 S. 3).

2.2.2.2.2.2.2 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 Anhörung 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).

2.2.2.2.2.2.2.2 Der Beschwerdeführer hatte im vorliegenden Verfahren Gelegenheit zur Stellungnahme zum Bericht von Dr. H. ___. Das hiesige Gericht prüft sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei. Die Rückweisung der Sache würde zu einem formalistischen Leerlauf führen, wobei insbesondere darauf hinzuweisen ist, dass ohnehin auch aufgrund der weiteren Akten sowie der Rechtsprechung (vgl. nachfolgende Erw. 4.2.4) die Organizität der geklagten Beschwerden nicht bejaht werden kann.

3.

3.1 Die anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen sowie die nach Lehre und Rechtsprechung massgeblichen Kriterien für die Beurteilung des Vorliegens eines natürlichen oder adäquaten Kausalzusammenhanges, der Frage des Beweiswerts eines Arztberichtes und für die Möglichkeit des Verzichts auf Abnahme weiterer Beweise aufgrund antizipierter Beweiswürdigung wurden im Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin zutreffend dargelegt (Urk. 2 Ziff. 1, 5a, Ziff. 6a und Ziff. 8). Darauf kann verwiesen werden.

3.2 Ergänzend bleibt anzufügen, dass auch einem reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen kann, wenn die vorhandenen Unterlagen es dem Experten erlauben, sich für die zu beurteilenden Belange ein lückenloses Bild zu verschaffen und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen L. vom 31. August 2006, U 198/06, mit weiteren Hinweisen).

4. Zu prüfen ist zunächst, ob ein unfallbedingtes objektivierbares organisches Substrat vorliegt. Den medizinischen Akten ist hierzu im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1

4.1.1 Die Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule vom 11. Mai 2006 ergaben eine Osteochondrose C6/7, jedoch keine traumatischen Läsionen, diejenigen des Schädels ergaben keine ossären Läsionen (Urk. 7/28/8), d.h. es konnten keine unfallbedingten organischen Befunde erhoben werden.

4.1.2 Das am 6. Juni 2006 im J. ___ durchgeführte fMRI der HWS vom ergab gemäss Dr. med. K. ___, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgenden Befund: «Einige der angefertigten Aufnahmen sind leicht verwackelt und somit nicht ganz optimal beurteilbar. Die Aufnahmen in Flexion zeigen ein regelrechtes Alignment und eine normale Rahmenstruktur der Wirbelkörper. Normale Morphologie und Signalgebung sämtlicher Bandscheiben. Keine Auffälligkeiten im Bereich der Zwischenwirbelgelenke und der miterfassten Weichteile. Der Spinalkanal ist ausreichend weit, das Myelon normal kalibrig und homogen. Unauffällige Liquorräume. Auf den Aufnahmen der Kopfgelenke sieht man eine leichte Dezentrierung von Dens axis nach rechts. Alle übrigen Gelenkflächen stehen korrekt. Das L. transversum atlantis und die Ll. alaria sind gut abgrenzbar und signalarm». Insgesamt kam Dr. K. ___ zur Beurteilung, es sei keine signifikante pathologische Veränderung feststellbar (Urk. 7/11).

4.1.3 Ein am 21. Juni 2007 ebenfalls im J. ___ durchgeführtes fMRI des craniocervicalen Übergangs ergab gemäss Bericht von Dr. med. L. ___, Facharzt für Medizinische Radiologie, vom 25. Juni 2007 (Urk. 7/95/2-3) folgenden Befund: «In Neutralposition steht C0 und C1 gelenkgerecht. Dens axis ist zwischen den Occipitalkondylen und Atlaskondylen (wie bereits auf den Voraufnahmen) etwas nach rechts dezentriert. Das Lig. transversum atlantis ist etwas signalreicher als üblich, signifikante Seitenunterschiede lassen sich jedoch nicht feststellen. Beide Lig. alaria sind normal kalibrig und gut abgrenzbar. Das linke Lig. alare ist homogen und signalarm. Das rechte Lig. alare erscheint über den gesamten Querschnitt und über die gesamte Länge etwas signalreicher als das linke, der Unterschied ist jedoch relativ gering und lässt sich nur in der sagittalen Ebene nachvollziehen. Membrana tectoria und Membrana

atlanto occipitalis posterior sind intakt. Normale Flusssignale und Lumenweite der Arteriae vertebrales. Die anteilig abgebildeten Hirn- und Rückenmarkanteile sind unauffällig. Das Foramen occipitale magnum ist ausreichend weit. Dr. L. kam in seiner Beurteilung zum Schluss, es seien eine Signalveränderung des rechten Lig. Alare Grad I-II nach Krakenes sowie eine leichte Fehlstellung von Dens axis erkennbar und merkte an, in der wissenschaftlichen Literatur herrsche bis heute keine Einigkeit, inwieweit diese Befunde klinisch relevant seien. Im Weiteren vermerkte er betreffend das fMRI vom 6. Juni 2006, welches zum Vergleich vorlag, es sei zwischen C0 und Th4 keine signifikante Pathologie festgestellt worden.

4.1.4 Der Neurologe Dr. C. vertrat in seinem Schreiben vom am 3. Juli 2007 die Auffassung, das fMRI der HWS habe pathologische Befunde im rechten Ligamentum alare ergeben, bei welchen es sich wahrscheinlich um Folgen des Unfalles handle. Aus neurologischer Sicht seien weiterhin unfallbedingte Beschwerden vorhanden (Urk. 7/97/6).

4.1.5 Der orthopädische Chirurg Dr. H., SUVA Versicherungsmedizin, hielt in seiner im Verlauf des Einspracheverfahrens erstellten Aktenbeurteilung vom 11. April 2008 (Urk. 7/129) unter Darlegung der und unter Hinweis auf die einschlägige Literatur fest, die im J. durchgeführten Untersuchungen des kraniozervikalen Übergangs mit fMRI seien in Bezug auf die Diagnostik von subtilen Verletzungen im Bereich der Ligamenta alaria nicht geeignet, alleine schon weil ein 0,6 Tesla-Gerät für die morphologische Diagnostik nicht ausreiche. Zusammenfassend kam er zum Schluss, die von Dr. L. im fMRI vom 25. Juni 2007 beschriebene leichte Signalanhebung im rechten Ligamentum alare Grad I bis II entspreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht einer Folge einer Verletzung durch die Kollision vom 13. April 2006. Es sei völlig unklar, ob diesem Befund klinische Bedeutung zukomme. Die im MRI vom 21. Juni 2007 in Funktionsstellung beschriebene leichte Dezentrierung des Dens sei wahrscheinlich auch ein Befund im Normbereich und habe somit wahrscheinlich keine klinische Relevanz. Auf Röntgenaufnahmen in Neutralstellung vom 11. Mai 2006 sei der Dens nicht dezentriert, bei unauffälligen Atlanto-Axialgelenken, das heisst die Dezentrierung des Dens sei nur in einer Funktionsstellung zu sehen. Auch hierbei handle es sich mit Wahrscheinlichkeit nicht um eine auf die Kollision vom April 2006 zurückgehende Veränderung (Urk. 7/129 S. 3).

4.1.6 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens liess der Beschwerdeführer den Bericht betreffend eine am 16. September 2009 im J. durchgeführte Upright-MRI Untersuchung einreichen (Urk. 14). Dr. L. stellte folgenden Befund: Regelmässige Darstellung der atlantooccipitalen Gelenkverbindung sowie auch der Aa. vertebrales zwischen C0 und C1, der Membrana tectoria und der Membrana atlantooccipitalis anterior. Membrana atlantooccipitalis posterior ist ausgedehnt, allerdings glatt konturiert. In Flexion und Extension ist eine eingeschränkte Kippbeweglichkeit von C1 gegenüber C2 feststellbar, allerdings keine Gleitbewegung der genannten Wirbel. Trotz der streng geraden Einstellung des Kopfes in Neutralposition besteht eine Rotation von C2 um ca. 10° nach rechts. Diese setzt sich in geringerem Ausmass auch bei C3 fort. Dens axis ist in Bezug auf Occipitalcondyle richtig zentriert, Atlas ist gegenüber C2 um mehr als 3mm nach links subluxiert. Die Gelenkflächen des vorderen medialen atlantoaxialen Gelenkes sind somit inkongruent. Beide Ligg. alaria sind kräftig, signalarm, seitensymmetrisch und im Querschnitt normal geformt, wobei sie in der coronaren Ebene horizontal und in der axialen Ebene verlaufen. Lig.

transversum atlantis ist vom linken Ansatz bis zu der Umlenkung um Dens axis gut abgrenzbar, normkalibrig und signalarm. Das rechte Drittel des genannten Ligaments ist nicht abgrenzbar, wobei das Fettgewebe zwischen Dens axis und Atlas in gleicher Lokalisation eine erhebliche Signalschwächung aufweist. Segmente C2-4 sind unauffällig dargestellt. Im Segment C4/5 besteht in Neutralposition und Flexion ein leicht verstärktes Treppenphänomen, wobei das Alignment in Extension normal ist. Bewegungssegmente C5-7 weisen eine etwas verringerte Mobilität auf, die entsprechenden Bandscheiben sind leicht verschmälert und bilden im Bereich der Rückenflächchen flache nichtfokale Protrusionen. Der Spinalkanal ist ausreichend weit. Zwischenwirbelgelenke sind soweit beurteilbar unauffällig. Dr. L. ___ kam zum Schluss, es lägen entweder eine partielle oder eher eine komplette Ruptur der rechten Hälfte des Lig. transversum atlantis und eine Narbenbildung im Bereich des Dens-related-Complex rechts und ferner eine mässige Degeneration der Bandscheiben C5-7 vor. Zum Vergleich standen Dr. L. ___ die Aufnahmen des fMRI vom 25. Juni 2007 zur Verfügung (Urk. 14).

4.1.7.1. Im ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. I. ___ vom 15. Januar 2010 (Urk. 16) erwähnte dieser einen Unfall am 28. November 2006, bei welchem der Beschwerdeführer im Bus infolge Vollbremsung auf die rechte Schulter gestürzt sei, was zu einer Zunahme des vorbestehenden cervicocephalen Schmerzsyndroms geführt habe. Zudem habe der Beschwerdeführer am 26. Juni 2009 als Trampassagier ein Überdehnungstrauma der HWS erlitten, als das Tram abrupt habe bremsen müssen und mit einem Lastwagen kollidiert sei, wodurch es zu einer Hyperextension und einem Hyperflexionstrauma der HWS gekommen sei. Er hielt zudem fest, im Upright-MRI vom 16. September 2009 komme eine komplette Ruptur der rechten Hälfte des Ligamentum transversum atlantis zur Darstellung, die Röntgenaufnahme der HWS zeige dementsprechend eine deutliche Fehlstellung des dens axis.

4.1.8.1. Der SUVA Versicherungsmediziner Dr. H. ___, welchem die Beschwerdegegnerin den neu eingereichten Bericht unterbreitete, wies in seiner Stellungnahme vom 15. März 2010 (Urk. 23) darauf hin, dass gemäss der Beurteilung der MRI Untersuchung vom 16. September 2009 durch Dr. L. ___ nun beide Ligamenta alaria kräftig, signalarm und seitengleich symmetrisch sein sollen, nachdem sie zuvor fälschlicherweise als partialrupturiert befunden worden seien. Das Ligamentum transversum atlantis solle indessen nun neu auf der rechten Seite eine subtotale oder vollständige Ruptur aufweisen. Er vertrat die Auffassung, dass eine totale Ruptur nur schon alleine deshalb entfallende, weil dadurch eine erhebliche atlanto-axiale Instabilität entstehen würde, was nicht der Fall sei. Unklar sei, was für eine klinische Bewandnis eine Partialruptur haben solle. Solche Läsionen seien nach seinen Kenntnissen bisher noch nicht eindeutig beschrieben und definiert worden. Erklärend fügte er an, dass die Aufgabe des Ligamentum transversum atlantis darin bestehe, den Dens axis zwischen den Kondylen des Atlas zu halten, um Rückgleiten, das heisst eine atlanto-axiale Instabilität zu verhindern. Dr. I. ___ habe festgehalten, die Aufnahme zeige eine deutliche Fehlstellung des Dens axis. Dies sei jedoch auf den beiden Röntgenaufnahmen vom 11. Mai 2006 noch nicht der Fall gewesen. Die MRI-Untersuchung vom 16. September 2009 sei nicht in der Lage, Verletzungen im atlanto-axialen Bereich nachzuweisen, welche von den von Dr. I. ___ im Bericht vom 15. Januar 2010 erwähnten Unfällen stammen könnten.

4.2.1.1.1.1.

4.2.1.1 Seine beiden Stellungnahmen gab Dr. H. ___ in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab, diese leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, die Schlussfolgerungen sind einlässlich begründet und werden mit Hinweisen auf die Literatur belegt. Die Beurteilungen genügen demgemäss grundsätzlich den Beweisanforderungen. Der Beschwerdeführer liess jedoch verschiedene Einwände dagegen erheben, auf welche in der Folge eingegangen wird.

4.2.2 Der Beschwerdeführer wendete ein, die Beurteilung von Dr. H. ___ sei widersprüchlich, halte er doch fest, das absolut zuverlässig darstellbare Ligamentum transversum sei nicht einwandfrei zu sehen gewesen und eine Signalanhebung sei auf den Aufnahmen nicht eindeutig auszumachen; wenn aber das Ligamentum klar darstellbar sei, sei es auch einwandfrei zu sehen (Urk. 26). Dem kann nicht gefolgt werden. Denn die Aussage von Dr. H. ___ ist so zu verstehen, dass das erwähnte Ligament im Allgemeinen klar darstellbar ist, was auf den vorliegenden Aufnahmen jedoch nicht der Fall ist.

4.2.3 Auch die vorliegenden Beurteilungen der wiederholten fMRI und die allgemeinen Ausführungen in der vom Beschwerdeführer eingereichten Publikation (Besonderheiten der Untersuchungstechnik, in: Graf/Grill/Wedig [Hrsg.], Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, Deutschland 2009, S. 150 ff., Urk. 27/1) des Radiologen Dr. L. ___ vermögen keine begründeten Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerung von Dr. H. ___, wonach mit den durchgeführten Untersuchungen kein organischer Körperschaden mit dem erforderlichen Beweisgrad nachgewiesen werden kann, zu wecken. Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen nämlich eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.). Dr. L. ___ vermutet in der erwähnten Publikation, dass Meniscoide bei der HWS eine wichtige Rolle spielen, doch geht aus seinen Ausführungen auch hervor, dass MRI-Untersuchungen in dieser Region zwar wertvolle Informationen liefern, organische Schädigungen aufgrund der unzulänglichen Auflösung der MRI jedoch nicht überzeugend nachgewiesen werden können. Damit bestätigte er die entsprechenden Ausführungen von Dr. H. ___ zur unzureichenden Auflösung der durchgeführten Untersuchungen. In seinen Beurteilungen der fMRI-Untersuchungen (Urk. 7/95/2-3, Urk. 14) äusserte sich Dr. L. ___ ebenso wenig wie Dr. I. ___ (Urk. 16) zur Frage eines kausalen Zusammenhangs zwischen den Befunden und dem Unfallereignis. Der behandelnde Neurologe Dr. C. ___ hielt die Befunde lediglich für wahrscheinlich unfallbedingt (Urk. 7/97/6). Damit ein natürlicher Kausalzusammenhang der von diesen Ärzten vermuteten Total- bzw. Partialrupturen zum Unfallereignis bejaht werde konnte, müssten diese jedoch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als unfallbedingt qualifiziert werden können.

4.2.4.1 Im Weiteren bleibt darauf hinzuweisen, dass es sich gemäss der höchststrichterlichen Rechtsprechung beim fMRI ohnehin nicht um eine wissenschaftlich anerkannte Untersuchungsart handelt und den damit erhobenen Befunden für die

Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der HWS und äquivalenten Unfallmechanismen nach dem aktuellen Stand kein Beweiswert zukommt. Insbesondere kann aus solchen Befunden nicht geschlossen werden, dass bestehende Schmerzen auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen zurückzuführen sind. Auch wenn Dr. L. ___ im fMRI vom 16. September 2009 eine Ruptur für ausgewiesen hält, ändert dies nichts daran, dass fMRI-Untersuchungen nicht zuverlässig auf eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge schliessen lassen (BGE 134 V 231, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 26. August 2008, 8C_454/2007, Erw. 2.2.2). Die erwähnte Rechtsprechung ist auch auf die sogenannte «Upright-MRI» Untersuchung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen W. vom 3. November 2009, 8C_238/2009, Erw. 3.2.1).

4.3 Zusammenfassend ist gestützt auf die Beurteilungen von Dr. H. ___ davon auszugehen, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit organisch objektivierbare Unfallfolgen in der Region der HWS vorliegen. Dem Beschwerdeantrag, es seien weitere Untersuchungen vorzunehmen, kann nicht stattgegeben werden. Die für die Beurteilung der Streitsache notwendigen Abklärungen wurden vorgenommen, und es ist insbesondere davon auszugehen, dass mit weiteren bildgebenden Untersuchungen kein unfallbedingtes organisches Substrat nachgewiesen werden kann. Die vorhandenen Akten erlauben eine abschliessende Beurteilung der relevanten Fragen, weshalb von weiteren Abklärungen abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 124 V 90 Erw. 4b S. 94; 122 V 157 Erw. 1d S. 162).

5. Demgemäss ist eine Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhanges angezeigt.

5.1 Zunächst ist zu beurteilen, ob die Adäquanzprüfung verfrüht erfolgte, lässt doch der Beschwerdeführer geltend machen, es könne noch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erfolgen.

Im gesamten Verlauf konnte mit sämtlichen durchgeführten Massnahmen und Behandlungen keine wesentliche Verbesserung der geklagten Beschwerden (Nacken- und Kopfschmerzen) herbeigeführt werden (vgl. u.a. Urk. 7/57/7, Urk. 7/73, Urk. 7/81/2). Im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung am 3. Mai 2007 (Urk. 7/81) unterzog sich der Beschwerdeführer noch alle ein bis zwei Wochen einer psychologischen Beratung sowie wöchentlich physiotherapeutischer Massnahmen, ohne wesentliche Verbesserung der Gesamtsituation. Keiner der behandelnden Ärzte konnte weitere, zu einer wesentlichen Verbesserung beitragende Therapiemöglichkeiten mehr anbieten. Angesichts dessen ist davon auszugehen, dass auch durch weitere Behandlungsmassnahmen keine namhafte, d.h. eine ins Gewicht fallende Besserung erreicht werden kann. Die Adäquanzprüfung ist demnach nicht verfrüht erfolgt.

5.2 Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Ereignissen eingereiht, was angesichts des bekannten Unfallhergangs nicht zu beanstanden ist. Nachfolgend ist demnach zu prüfen, ob die Adäquanzkriterien (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.3) in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind.

Bei der Prüfung des Kriteriums «besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls» ist gemäss der einschlägigen Rechtsprechung nicht auf das subjektive Empfinden des Ereignisses durch die verunfallte Person abzustellen, sondern der Unfall muss sich objektiv in seinem äusseren Ablauf als

besonders dramatisch darstellen und objektiv betrachtet von besonderer Eindringlichkeit sein (U 88/05, RKUV 2/1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc; vgl. auch RKUV 5/2000 Nr. U 394 S. 315 Erw. 5). Dieses Kriterium liegt klar nicht vor.

5.2.2.2 Die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, E. 5.3, U 339/06; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, E. 5.2.3, U 380/04 mit Hinweisen). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, E. 5.3, U 339/06; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357, E. 4.3, U 193/01 mit Hinweisen). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 S. 128 Erw. 10.2.2).

Die Beschwerdeführer klagte über die typischen Beschwerden, doch können diese nicht als besonders schwer qualifiziert werden, und es sind auch keine besonderen Umstände aktenkundig, welche zur Bejahung des Kriteriums führen würden.

5.2.3.3 Ebenso zu verneinen ist das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung, überschritten doch die ärztlichen Behandlungen das nach Schleudertraumen übliche Mass nicht.

5.2.4 Die vom Beschwerdeführer im Verlauf geklagten Beschwerden erschöpften sich in der Hauptsache im Schleudertrauma typischen Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vgl. BGE 117 V 359 Erw. 4b S. 360). Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Die geklagten Beschwerden hatten sicherlich eine gewisse Beeinträchtigung zur Folge, doch bestehen keine Hinweise darauf, dass diese derart erheblich waren, dass das Kriterium bejaht werden könnte. Auch das Kriterium erhebliche Beschwerden ist demnach zu verneinen.

5.2.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ist nicht ersichtlich.

5.2.6 Zur Frage des schwierigen Heilungsverlauf und der erheblichen Komplikationen ist darauf hinzuweisen, dass nach einem Sturz am 28. November 2006, bei dem sich der Beschwerdeführer Prellungen am rechten Arm zuzog, eine Zunahme der Nacken- und Kopfschmerzen auftrat (Urk. 7/57/4, Urk. 7/57/7). Das zusätzliche Unfallereignis erschwerte jedoch den Heilverlauf nicht wesentlich. Erhebliche Komplikationen traten nicht auf. Insgesamt ist auch dieses Kriterium zu verneinen.

5.2.7 Dem Beschwerdeführer wurde im Verlauf von den behandelnden Ärzten durchgehend eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert. Er unternahm

wiederholt Arbeitsversuche, welche er jedoch jeweils nach kurzer Zeit schmerzbedingt abbrach (vgl. Urk. 7/4/5, Urk. 7/12, 7/30/4, Urk. 7/49, 7/50, 7/57/4, Urk. 7/57/8, Urk. 7/58/1). Das Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen wird jedoch auch danach beurteilt, ob der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig wäre (Urteil des EVG in Sachen H. vom 30. August 2006, U 21/06, Erw. 4.5; vom 24. Februar 2005 in Sachen C., U 311/04, Erw. 3.2). Ansonsten müsste das Kriterium bei einer angestammten körperlich stark belastenden Tätigkeit schon bei relativ geringen Beeinträchtigungen wohl regelmässig bejaht werden. Angesichts der geklagten Beschwerden darf davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich nur wenig belastenden Tätigkeit in hohem Umfang arbeitsunfähig wäre. Auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist angesichts dessen zu verneinen. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Kreisarzt Dr. G. in der Untersuchung vom 3. Mai 2007 aufgrund der Akten sowie der persönlichen Untersuchung zum Schluss kam, es sei eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegeben (Urk. 7/81/5).

5. Gemäss dem Gesagten ist die Adäquanz ohne Weiteres zu verneinen, da kein einziges Kriterium erfüllt ist.

6. Damit erweist sich die Beschwerde in jeder Hinsicht als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - Mutuel Assurances
 - Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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

6. 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.