

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00409 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00409

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00409 du 30 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00409 del 30 novembre 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 entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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, das heisst 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). Bei psychischen Gesundheitsschädigungen ist der Kausalzusammenhang zu einem Unfall hingegen gemäss hohem schichterlicher Rechtsprechung nur dann als adäquat zu beurteilen, wenn der Unfall und dessen Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit eine gewisse Schwere aufweisen (vgl. die in BGE 115 V 138 ff. Erw. 6 entwickelte Rechtsprechung). Dasselbe gilt für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der auch nach Ablauf einer gewissen Zeit weiterbestehenden Symptomatik einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule, die nicht mit organisch nachweisbaren Befunden einhergeht, oder eines Schädel-Hirntraumas ohne sichtbare strukturelle Befunde (vgl. BGE 134 V 111 f. Erw. 2.1 mit Hinweisen).

1.3. Ist die Unfallkausalität eines bestimmten Gesundheitsschadens einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, währenddem die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen nicht genügt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). 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 1992 Nr. U 142 S. 76 Erw. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b).

1.4. Gemäss hohem schichterlicher Praxis muss der für die Beurteilung erhebliche Sachverhalt mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sein (BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa).

Im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz; die Verwaltung und das Gericht haben von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 122 V 158 Erw. 1a). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen demnach in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beweislosigkeit darf allerdings nur dann angenommen werden, wenn alle Beweisvorkehren, die der Untersuchungsgrundsatz gebietet, getroffen worden sind und dennoch kein Sachverhalt ermittelt werden konnte, der als überwiegend wahrscheinlich erscheint (BGE 114 V 142 Erw. 8a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 68 N 42; Zünd/Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich [GSVGer], 2. Auflage, Zürich 2009, § 23 N 21).

E. 2

2.1.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin nach dem 27. Juni 2008 weiterhin leistungspflichtig ist für die Beschwerden, die ab diesem Zeitpunkt fortbestanden.

2.2 Nicht in Frage steht, dass der Beschwerdeführer beim Skiunfall vom 11. Februar 2007 eine Thoraxkontusion auf der rechten Seite sowie eine Kontusion und Distorsion des rechten Schultergelenks erlitten hatte. Diese Diagnosen sind im Arztzeugnis UVG des erstkonsultierten Dr. A. ___ aufgeführt (Urk. 7/3) und figurieren auch im nachgereichten Eintrag von Dr. A. ___ beziehungsweise von seiner Praxisassistentin in der Krankengeschichte (Urk. 13/1). Die Beschwerdegegnerin hat sich daher für die Auswirkungen dieser Verletzungen zu Recht als leistungspflichtig erachtet.

Die Beschwerden im Bereich des Thorax und des rechten Schultergelenks rückten allerdings schon sehr bald in den Hintergrund der Behandlungen und Abklärungen. So ist im Austrittsbericht der Rehaklinik G. ___ vom 14. Mai 2008 festgehalten, dass der Beschwerdeführer nur noch residuelle Schulterbeschwerden angegeben habe und dass im Vordergrund eine bewegungs-, belastungs- und witterungsabhängige Kopfschmerzsymptomatik sowie eine komplexe Befindlichkeitsstörung gestanden seien (Urk. 7/33 S. 2). Damit ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen - die Beweislast liegt diesbezüglich bei der Beschwerdegegnerin -, dass im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung auf den 27. Juni 2008 hin keine Schulter- oder Thoraxbeschwerden mehr vorhanden waren, welche einer Behandlung bedurften oder die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigten. In dieser Hinsicht erscheint die Leistungseinstellung daher ohne Weiteres als gerechtfertigt.

E. 2.3

2.3.1 In Bezug auf die Kopfschmerzsymptomatik legte Dr. B. ___ im Zuweisungsschreiben an Dr. D. ___ vom 16. Mai 2007 dar, in der Behandlung seien anfänglich die Schulterprobleme rechts im Vordergrund gestanden, der Beschwerdeführer habe dann aber plötzlich aufgetretene, teils heftige parietotemporale Kopfschmerzen rechts geklagt, die sich erstmals am 2. März 2007 manifestiert hätten (Urk. 7/7 S. 1). Es fragt sich, ob die Kopfschmerzproblematik und die nachstehend noch näher zu beschreibenden Symptome kognitiver Natur überhaupt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 11. Februar 2007 zurückzuführen sind. Dafür trägt entgegen der Annahme in der Replik (Urk. 12 S. 2) der Beschwerdeführer die Beweislast.

2.3.2 Bildgebend nachweisbare, strukturelle Befunde hirnerkranklicher Art liessen sich hinsichtlich der Kopfschmerzen und des geklagten Schwindels nicht erheben.

Die Magnetresonanzuntersuchung des Schädels beziehungsweise des Gehirns wurde im Bericht vom 23. März 2007 als insgesamt altersentsprechend, nichtpathologisch beschrieben, und insbesondere konnte kein Nachweis einer intrakraniellen Blutung erbracht werden (Urk. 7/5). Auch Dr. D. ___ bezeichnete den besagten MRI-Befund in seinem Bericht vom 19. November 2007 nochmals ausdrücklich als unauffällig und als frei von Zeichen für Trauma-Folgen (Urk. 7/14 S. 1 und S. 2); des Weiteren war nach seinen Feststellungen der gesamte, detailliert erhobene somatisch-neurologische Befund unauffällig, und die festgestellte Kraftminderung am

rechten Oberarm wurde von Dr. D.____ als nicht myotom-bezogen charakterisiert und mithin als nicht durch eine Nervenschädigung erklärbar beurteilt (Urk. 7/14 S. 1 und S. 2). Ebenfalls als normal schilderte Dr. D.____ das durchgeführte Elektroenzephalogramm (Urk. 7/14 S. 2). Und in seinem weiteren Bericht vom 22. Februar 2008 hielt Dr. D.____ daran fest, dass keine Hinweise für eine somatisch-neurologische Pathologie beständen, welche die Kopfschmerzen erklärten (Urk. 7/24 S. 1).

Desgleichen konnten während des Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik G.____ im April/Mai 2008 keine Anhaltspunkte für eine zentrale oder periphere neurologische Störung gefunden werden (Urk. 7/33 S. 2). Dr. O.____ sodann, der im Mai 2009 eine erneute elektroenzephalographische Untersuchung durchführte, sprach im Bericht vom 20. Mai 2009 nunmehr zwar von einer leichten unspezifischen Allgemeinveränderung (Urk. 19 S. 2), vermochte jedoch auch nach Einsicht in die bereits vorhandenen medizinischen Berichte keine definitive Beurteilung darüber abzugeben, ob der Beschwerdeführer eine Verletzung von Gehirnabschnitten erlitten habe, weshalb er die zusätzlichen Untersuchungen im ärztlichen Zentrum für Gehör- und Gleichgewichtsstörungen P.____ und in der Klinik für Neurologie des Spitals R.____ empfahl (Urk. 19 S. 5). Im Bericht des P.____ vom 22. Juni 2009 wurden dann zwar sowohl ein peripher vestibuläres Defizit als auch Zeichen für eine zentral vestibuläre Problematik erwähnt; das peripher vestibuläre Defizit wurde jedoch als wahrscheinlich nicht (mehr) verantwortlich für die Beschwerden eingestuft, und hinsichtlich der peripher vestibulären Problematik wurde eine Bildgebung mittels MRI empfohlen, allerdings unter dem Vorbehalt, dass eine solche noch nicht erfolgt sei (Urk. 23/2 S. 1), also in Unkenntnis der Aufnahmen vom 23. März 2007, die nichts Auffälliges ergeben hatten. Schliesslich erhoben auch die Ärzte der Klinik für Neurologie des Spitals R.____ im Rahmen der somatisch-neurologischen Untersuchung einen normalen Status (vgl. Urk. 44 S. 2).

2.3.3 Neben den Kopfschmerzen und dem Schwindel klagte der Beschwerdeführer immer wieder über kognitive Störungen; im Bericht über die Sitzung im Rahmen des Case-Managements vom 8. November 2007 sind Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und starke Müdigkeit erwähnt (Urk. 7/13 S. 1). Hierzu zeigten sich anlässlich der verschiedenen neuropsychologischen Testungen tatsächlich Auffälligkeiten. Dr. D.____ beobachtete gemäss seinem Bericht vom 19. November 2007 in neuropsychologischer Hinsicht Beeinträchtigungen fronto-basaler Strukturen (Urk. 7/14 S. 2), und im weiteren Bericht vom 22. Februar 2008 sprach er erneut von einer leichten, bifrontal betonten neuropsychologischen Beeinträchtigung (Urk. 7/24 S. 1). Auch in der Klinik F.____ wurden neuropsychologische Defizite registriert, die allerdings mehr in den subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers und in fremdanamnestischen Angaben eines ehemaligen Arbeitskollegen als in objektiven Beobachtungen zum Ausdruck kamen (vgl. Urk. 7/27 S. 2 f.). Anlässlich der umfassenden neuropsychologischen Untersuchung in der Rehaklinik G.____ beschrieben die Gutachter ein Störungsbild, das sie als sehr heterogen bezeichneten, mit Einbussen in den Exekutivfunktionen (Umstellungsschwierigkeiten, reduzierte Handlungsplanung), in den mnestischen Funktionen (Merk-, Lern-, Abruf- und Wiedererkennungsleistungen) sowie in den Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen; dazu kamen auch Situationen des Vorbeiredens und demonstrativ wirkende Gedächtnislücken (Urk. 7/42 S. 4). Die nochmalige neuropsychologische Untersuchung im Spital R.____ vom 14. Juli 2010 ergab

schliesslich ein Spektrum von leichten bis schweren Minderleistungen im mnestischen und attentionalen Bereich sowie leichte Beeinträchtigungen in den exekutiven Funktionen und zudem gewisse Hinweise auf eine depressive Verstimmung und auf das Bestehen einer Fatiguesymptomatik (Urk. 44 S. 2).

2.3.4.4 Eine Hirnverletzung braucht nicht gezwungenermassen mit strukturellen Befunden einherzugehen; so bewirkt das leichte Schädels-Hirn-Trauma, auch als Comotio cerebri oder Gehirnerschütterung bezeichnet, gemäss der medizinischen Literatur keine groborganische Läsion des Gehirns und erzeugt auch keine klinisch fassbaren neurologischen Ausfälle (Mumenthaler/Mattle, Neurologie, 11. Auflage, Stuttgart/New York 2002, S. 47). Die Abwesenheit von strukturellen Befunden als solche schliesst deshalb im Falle des Beschwerdeführers einen Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. Februar 2007 noch nicht von vornherein aus.

Verschiedene medizinische Fachpersonen nannten denn auch trotz der unauffälligen organischen Situation die Diagnose einer Hirnverletzung. So führte bereits der erstbehandelnde Dr. A. in der Krankengeschichte unter den Diagnosen ein leichtes Schädels-Hirn-Trauma (SHT) auf (Urk. 13/1), und Dr. B. ging in seinen Berichten vom 4. und vom 16. Mai 2007 ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer eine Comotio cerebri erlitten habe (Urk. 7/6 und Urk. 7/7). Auch Dr. D. nannte diese Diagnose (Urk. 7/14 S. 1), unter den Diagnosen der Rehaklinik G., sowohl im Austrittsbericht vom Februar 2008 als auch im neuropsychologischen und psychosomatischen Bericht vom April 2008, findet sich die MTBI (Mild Traumatic Brain Injury; Urk. 7/33 S. 1 und Urk. 7/42 S. 1), desgleichen stellte Dr. O. die Diagnose der traumatischen Gehirnverletzung (neben der zusätzlichen Diagnose einer Abknickverletzung der Halswirbelsäule), und im Bericht der Klinik für Neurologie des Spitals R. vom Frühjahr/Sommer 2010 wird ein Status nach Schädels-Hirn-Trauma genannt (Urk. 44 S. 1).

2.3.5 Die verschiedenen Ausführungen der medizinischen Fachpersonen zur entsprechenden Diagnose und zum Zusammenhang der fortbestehenden Beschwerden mit dem Ereignis vom Februar 2007 reichen allerdings aufgrund des Folgenden nicht aus, einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Kopfschmerzen, dem Schwindel und den erhobenen neuropsychologischen Befunden als überwiegend wahrscheinlich im rechtlich erforderlichen Sinn erscheinen zu lassen.

So trifft zwar zu, dass bereits bei der Erstkonsultation ein leichtes Schädels-Hirn-Trauma diagnostiziert wurde (Urk. 13/1) und dass der Beschwerdeführer diese Diagnose in der selber ausgefüllten Schadenmeldung ebenfalls erwähnte (Urk. 7/1). Des Weiteren berichtete der Beschwerdeführer gegenüber Dr. B. von einer kurzen Bewusstlosigkeit, die nach dem Sturz bestanden habe (Urk. 7/6 und Urk. 7/7). Die heftigen Kopfschmerzen traten indessen unbestrittenermassen erst am 2. März 2007 auf, also erst knapp drei Wochen nach dem Unfall vom 11. Februar 2007. Insbesondere erwähnte Dr. A. diese Symptomatik weder im Arztzeugnis UVG vom 17. Februar 2007 (Urk. 7/3) noch in seinem später nachgereichten Eintrag in die Krankengeschichte (Urk. 13/1) und legte in Übereinstimmung damit im begleitenden Schreiben vom 23. Januar 2009 dar, dass die Verletzungen an der Thoraxwand und im Schultergelenk im Vordergrund gestanden seien (Urk. 13/1). Eine derart lange Latenzzeit erscheint nicht als typisch für eine Kopfschmerzsymptomatik, die als Folge einer Comotio cerebri auftritt; in der medizinischen Literatur findet sich vielmehr die Angabe, dass postkommotionelle

Beschwerden - deren zentrales Symptom die Kopfschmerzen seien - in der Regel unmittelbar nach dem Trauma auftraten und dann über eine mehr oder weniger lange Zeit allmählich abklängen (Mumenthaler/Mattle, a.a.O., S. 47). Unter diesen Umständen leuchtet es ein, dass Dr. E. ___ in der Stellungnahme vom 3. Dezember 2007 (Urk. 7/15) die ebenfalls erst seit Anfang März 2007 geklagten neuropsychologischen Symptome einschliesslich der Kopfschmerzen nur als möglicherweise unfallkausal erachtete.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Etwas Gegenteiliges lässt sich auch aus den Ausführungen der verschiedenen behandelnden und abklärenden medizinischen Fachpersonen nicht ableiten. So erachtete Dr. B. ___ gemäss der Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2007 (Urk. 7/9) den Verlauf als ungewöhnlich. Dr. D. ___ sodann hatte im November 2007 wohl noch erklärt, alle unter der Diagnose angegebenen Symptome, also das als postkommotionell bezeichnete Schmerzsyndrom und die leichte bifrontale neuropsychologische Beeinträchtigung (vgl. Urk. 7/14 S. 1), seien sehr wahrscheinlich ursächlich zum Skisturz vom 11. Februar 2007 (Urk. 7/14 S. 2); er relativierte diese Aussage jedoch in seinem späteren Bericht vom 22. Februar 2008 mit der Angabe, es sei nun "zunehmend fraglich, ob das Trauma vom Feb 2007 noch adäquat" sei, "diese lang dauernde Symptomatik zu erklären"; namentlich schienen ihm die nunmehr vom Beschwerdeführer beschriebenen kognitiven Beschwerden nicht mehr erklärbar durch den ursprünglich erhobenen neuropsychologischen Befund (Urk. 7/24 S. 1). Schwierigkeiten in der kausalen Zuordnung bekundeten auch die Fachpersonen der Klinik F. ___. Sie schrieben zwar, dass sie in Anbetracht der bestehenden neuropsychologischen Befunde sowie der fehlenden klaren organischen Zeichen von einer milden traumatischen Hirnverletzung ausgingen, räumten aber ein, dass die Symptomkonstellation psychiatrisch nur schwer fassbar sei (Urk. 7/27 S. 3). Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung in der Rehaklinik G. ___, die an drei verschiedenen Tagen im April 2008 stattfand (vgl. Urk. 7/42 S. 1), liess sich die erforderliche Klarheit immer noch nicht herstellen. Vielmehr bezeichneten die Gutachter das sehr heterogene Störungsbild als untypisch für die Folgen einer leichten traumatischen Hirnverletzung und äusserten nunmehr den Verdacht auf ein Ganser-Syndrom (Code F44.80 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10; Urk. 7/42 S. 4 f.). Bei dieser Diagnose handelt es sich indessen um eine solche, über deren Natur und Ätiologie die Lehrmeinungen weit auseinander gehen - es werden eine einfache Simulation, ein Schädeld-Hirn-Trauma oder eine psychotische Grunderkrankung als in Frage kommende Interpretationen genannt (vgl. Butke/Hofmann/Offinger/Stanga, Das Ganser-Syndrom: Scheinblödsinn oder Konversionsstörung, in: Schweiz Med Forum 2005, S. 300 [zitiert in Urk. 7/42 S. 5]). Auch Dr. O. ___ hielt im Bericht vom 20. Mai 2009 fest, anhand der eigenen Untersuchungen sei noch keine definitive Beurteilung möglich, sondern er sei auf Zusatzuntersuchungen angewiesen, um konsistent belegen zu können, dass tatsächlich eine Verletzung stattgefunden habe (Urk. 19 S. 5). Aber die Abklärungen im P. ___ (Urk. 23/2) brachten, wie vorstehend bereits dargelegt, keine Erkenntnisse in Bezug auf die Unfallkausalität, und auch die Klinik für Neurologie des Spitals R. ___ vermochte durch die weitere neuropsychologische Untersuchung nicht zu einer grösseren Sicherheit in Bezug auf die Unfallkausalität zu gelangen. Vielmehr führten die medizinischen Fachpersonen aus, auf dem Hintergrund unauffälliger MRI-Befunde und in Anbetracht einer wahrscheinlichen Chronifizierung mit (fremd)anamnestischer Zunahme der Symptomatik seien die festgestellten Defizite aus

neuropsychologischer Sicht am ehesten im Rahmen der Kopfschmerzen, der Schlafstörungen und der damit verbundenen Fatiguesymptomatik zu interpretieren (Urk. 44 S. 2). Damit ist wiederum keine Aussage über die Unfallkausalität gemacht, ebenfalls nicht mit dem Hinweis, dass die kognitiven Defizite auf eine zerebrale Funktionsstörung hindeuteten (vgl. Urk. 44 S. 3).

2.3.6 Zusammengefasst ist es nach den umfassenden Abklärungen in den Disziplinen der Allgemeinmedizin, der Neurologie, der Neuropsychologie und der Psychiatrie zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Kopfschmerzen und die geklagten kognitiven Defizite auf den Unfall vom 11. Februar 2007 zurückzuführen sind. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8 ff., Urk. 12 S. 2 ff., Urk. 43 S. 3 ff.) ist in Zustimmung zur Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 48 S. 3) nicht zu erwarten, dass weitere, zusätzliche Untersuchungen zu Ergebnissen führen würden, welche an dieser Beweislage etwas ändern. Denn die verschiedenen bis anhin mit dem Beschwerdeführer befassten medizinischen Fachpersonen divergieren in ihrer Diagnostik nicht in grundsätzlicher Art, sondern stimmen trotz eingehender und wiederholter Explorationen in allen relevanten Fachgebieten miteinander überein darin, dass sie an die Grenzen in der Ermittlung der Ursachen für die festgestellte Symptomatik gelangt sind. Am fehlenden weiteren Abklärungsbedarf ändert deshalb auch nichts, dass die zuständige Ärztin der Klinik für Neurologie des Spitals R. dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gemäss der Stellungnahme vom 28. September 2010 offenbar mitgeteilt hat, der Bericht vom Frühjahr/Sommer 2010 enthalte keine eigentliche Kausalitätsbeurteilung, sondern für eine solche wäre ein Gutachten mit bildgebenden Untersuchungen notwendig (vgl. Urk. 43 S. 3).

2.4 Die strittige Leistungseinstellung per 27. Juni 2008 ist damit als gerechtfertigt zu erachten, in Bezug auf die Thorax- und Schulterverletzung deshalb, weil ab diesem Zeitpunkt keine relevanten Beeinträchtigungen mehr bestanden, und in Bezug auf die Kopfschmerzen und die kognitiven Defizite deshalb, weil deren Zusammenhang zum Unfall vom 11. Februar 2007 nur möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich ist. Unter diesen Umständen ist keine Adäquanzprüfung erforderlich, weshalb auf die Ausführungen der Parteien hierzu (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 6 S. 8, Urk. 16 S. 4) nicht eingegangen werden muss.

2.5 Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kaspar Gehring

- Rechtsanwalt Dr. Martin Schmid

- Bundesamt für Gesundheit

- Krankenkasse Q.

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).

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.