

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00206 vom 20. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00206](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00206)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00206 du 20 mars 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00206 del 20 marzo 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A. \_\_\_ durch die Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherungs-Gesellschaft mit Eingabe vom 27. Mai 2009 Beschwerde mit dem Antrag, es sei die SUVA zu verpflichten, ihm eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 28. August 2009 schloss die SUVA durch Rechtsanwältin Barbara Klett auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10).

2.2. Auch die Helsana Versicherungen AG erhob gegen den Einspracheentscheid der SUVA mit Eingabe vom 8. Juni 2009 Beschwerde und beantragte, die SUVA sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (Urk. 12/1). Die SUVA liess durch Rechtsanwältin Klett in der Beschwerdeantwort vom 28. August 2009 auf Abweisung der Beschwerde schliessen (Urk. 12/7).

2.3. Mit Gerichtsverfägung vom 4. September 2009 wurde der Prozess i.S. Helsana Versicherungen gegen SUVA (Prozess-Nr. UV.2009.00022) mit dem vorliegenden Prozess vereinigt (Urk. 13). Mit Replik vom 5. November 2009 hielten die Helsana Versicherungen AG (Urk. 16) und mit Duplik vom 10. Dezember 2009 die SUVA (Urk. 19) an ihren Rechtsbegehren fest.

3. Zu erwähnen ist, dass die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente mit Verfägung vom 2. Juni 2010 verneinte und die gegen diese Verfägung erhobene Beschwerde mit heutiger Entscheidung des hiesigen Gerichts (Prozess-Nr. IV.2010.00629) abgewiesen wurde.

4. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden

kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

## 1.2

1.2.1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit 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 G. den 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).

1.2.2.1 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).

1.2.3.1 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens 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).

1.3 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).

2. Die nach dem Unfall aufgetretenen gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers stellen sich folgendermassen dar:

2.1 Dr. C. diagnostizierte im Arzteugnis UVG vom 24. März 2004 (Urk. 11/5) ein chronisches Cervicovertebralsyndrom mit Exacerbation nach Auffahrkollision. Als Befunde hielt er eine weiche Muskulatur im Schultergürtel, eine harte Myogelose zervikal beidseits sowie eine leicht eingeschränkte HWS mit weichem Stopp in den Endstellungen fest und sah ausser einer langsamen freien Selbstmobilisation keine besonderen Massnahmen vor.

2.2 Dr. D. erhob in seinem Bericht vom 8. Juni 2004 (Urk. 11/14) einen Status nach Halswirbelsäulen-Beschleunigungs- und Kopftrauma am 7. März 2004 bei/mit residuellem cervico-cephalem muskulärem Schmerzsyndrom, Schwindel mit Verdacht auf Commotio vestibularis, anamnestisch cervico-brachialem Schmerz-Syndrom links sowie leichter neuropsychologischer Beeinträchtigung und vorbestehende belastungsabhängige Vertebralgien bei Status nach Wirbelsäulen-Distorsion/Kontusion (Treppensturz vom 18. August 2003 [Urk. 12/21/7]). Trotz anfänglich auch cervico-brachialer Schmerzausbreitung in den linken Arm sei bei der aktuellen klinisch-neurologischen somatischen Untersuchung kein Hinweis auf eine Verletzung von Nervenstrukturen (im Besonderen radikulär, peripher oder auch myelär) vorhanden. Nicht auszuschliessen sei eine Commotio vestibularis als Mitursache der zum Teil episodenhaft einschliessenden drehenden Schwindel. Ein Teil davon könne sicher auch durch das cervicale Schmerzsyndrom entstehen. Die cervico-cephalen, linksseitig betonten Kopfschmerzen hätten zum Teil migräneartigen Charakter. Diese Beschwerdeanteile sowie eine deutliche Schlafstörung und subjektiv neuropsychologische Beeinträchtigungen ständen zeitlich klar im Zusammenhang mit dem Unfall vom März 2004.

2.3 Im Austrittsbericht der F. vom 15. Februar 2005 (Urk. 11/55) wurden unter dem Titel "Diagnosen" der Treppensturz mit Halswirbelsäulen-Distorsions-/Kontusionstrauma und Exazerbation eines vorbestehenden Zervikovertebralsyndroms bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule (Unfall vom 18. August 2003), der Autounfall vom 7. März 2004 in Brasilien mit Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma bei/mit zervikozephalen und

zervicobrachialem Schmerzsyndrom links, Schwindel bei fraglicher Commotio vestibularis (bei Austritt im Hintergrund) sowie einer leichten neuropsychologischen Beeinträchtigung (gemäß neurologischer Beurteilung durch Dr. D. \_\_\_ vom 8. Juni 2004), aktuell jedoch keine kognitiven Probleme beobachtet, ein lumbospondylogenes Syndrom links, bestehend seit 1984, zur Zeit in Remission, eine Rezidivhernie inguinal links bei Status nach Herniotomie 1987, eine beginnende Leistenhernie rechts sowie akute Grosszehensmerzen rechts bei Austritt (Differentialdiagnose: Gichtanfall bei leicht erhöhter Harnsäure) aufgefrischt. Die aktuellen Probleme bestanden in belastungs- und bewegungsverstärkten Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule, vom Nacken bis zur Stirn ausstrahlend, sowie in linksbetonten Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Die letzte berufliche Tätigkeit als Maler sei nicht (mehr) zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien (längerdauernde Malerkopfarbeiten). Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (ohne längerdauernde Tätigkeiten über Brusthöhe sowie vorgeneigt) seien ganztags zumutbar. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung sei aus rein unfallkausalen Sicht erfolgt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Leistenhernienproblematik links sei vorläufig vom Hantieren von Lasten abzuraten (Urk. 11/55/1).

2.4 In seinem Bericht an Dr. G. \_\_\_ vom 8. September 2005 (Urk. 11/109) diagnostizierte Dr. D. \_\_\_ eine exzessive Tagesschläfrigkeit unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: Narkolepsie, eventuell posttraumatisch, Dyssomnie iR von posttraumatischem cervicalem Schmerzsyndrom [HWS, CTS], psychogen) sowie ein Karpaltunnelsyndrom rechts, demyelinisierend. Die Ursache der seit Frühjahr 2005 störenden Hypersomnie und vor allem auch deren möglicher Zusammenhang mit den Unfallereignissen vom 18. August 2003 und 7. April 2004 sei mit einer ambulanten Untersuchung nicht festzulegen. Obwohl anamnestisch eine relevante Hypersomnie bestehe, könnten die Beschwerden nicht eindeutig einer Entität zugeordnet werden. Es fehlten genügend Kriterien für ein Schlafapnoe-Syndrom oder eine Narkolepsie. Die Zusatzuntersuchung mit EEG habe keinen weiteren Hinweis darauf, insbesondere auch nicht auf das Vorliegen einer Narkolepsie, gegeben. Das zervicale Schmerzsyndrom habe sich nicht in der Weise verändert, dass es diese neu manifeste Schlafstörung (zeitlich klar abgegrenzt von eingangs erwähntem Unfall) genügend erklären könnte; eine Schlafstörung mit (nicht anfallsweiser) Tagesschläfrigkeit sei jedoch bereits in früheren Abklärungen erwähnt worden. Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer ambulant nicht weiter abklärbar. Er empfehle jedoch eine Beurteilung in einem Schlaflabor hinsichtlich organischer Schlafstörungen (inkl. eventuell HLA-Bestimmungen), eventuell in Kombination mit psychiatrischer Beurteilung (bzw. Absprache mit dem bereits behandelnden Psychiater).

2.5 H. \_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 24. Oktober 2005 (Urk. 11/114) eine Anpassungsstörung bei chronischen Schmerzen und psychosozialer Belastung mit Angst und Depressivität bei Status nach Autounfall (ICD-10 F43.22, F43.23 und F43.24). Der Beschwerdeführer habe durch den Autounfall eine neue Gesundheits- und Lebenssituation erlebt, welche er vorher nicht gekannt habe. Die daraus resultierenden Konsequenzen führten zu einer starken psychischen Belastung. Er brauche eine Weiterführung der psychiatrischen Behandlung zur Stabilisierung seiner Gesundheits- und Lebenssituation.

2.6. Im Bericht des I. \_\_\_ vom 8. November 2005 (Urk. 11/116) wurden unter Bezugnahme auf die internationale Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD) eine Hypersomnie medizinisch bedingt (nach HWS-Trauma am 7. März 2004), ein Rhythmus-abhängiges Schlaf-Apnoe-Syndrom (ICSD 780.53.-0) leichten Grades sowie periodische Bewegungen der Gliedmassen (ICSD 780.52-4) leichten Grades erhoben. Die polysomnographischen Resultate des Nachtschlafes hatten ein leichtgradiges Schlafapnoe-Syndrom mit einigen gemischten Hypopnoen, insbesondere während des Schlafes in der Rhythmuslage, dokumentiert. Weil der Beschwerdeführer nur kurzzeitig in der Rhythmuslage verweilt sei, sei der Apnoe-Hypopnoe-Index mit 16,1 pro Stunde nur leicht erhöht ausgefallen. In der ersten Nachthälfte hatten periodische Beinbewegungen bestanden, welche zu vereinzelt Weckreaktionen und Schwankungen der Atmung geführt hatten. Insgesamt seien diese somatischen Störungen im Schlaf von geringer Ausprägung gewesen. Die in den Einschlaftests tagsüber gemessenen Einschlafzeiten seien bei allen Nickerchen pathologisch verkürzt gewesen mit einer mittleren Schlaflatenz von 0,9 Minuten. Wegen des Fehlens von REM-Schlaf könne eine Narkolepsie ausgeschlossen werden. Die Resultate entsprächen jedoch einer schweren primären Hypersomnie. Die sehr kurzen Einschlafzeiten tagsüber könnten nicht durch eine ungenügende Schlafqualität oder Schlafdauer des vorangegangenen Nachtschlafes erklärt werden, weil der Nachtschlaf von akzeptabler Schlafqualität gewesen sei und eine Dauer von 5 Stunden und 5 Minuten gezeigt habe. Weil eine deutliche Veränderung des Schlafverhaltens des Beschwerdeführers seit dem Unfall vom 7. März 2004 eingetreten sei, bestehe sehr wahrscheinlich ein Zusammenhang der Hypersomnie mit mikrostrukturellen Veränderungen im Stammhirn nach Halswirbelsäulen-Distorsions-Trauma.

2.7. SUVA-Kreisarzt Dr. J. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 6. Januar 2006 (Urk. 11/125) aus, die kreisärztliche Untersuchung vom 5. Januar 2006 habe somatisch bei auffälligem Probanden nur sehr diskrete Befunde mit minimaler Druckdolenz ohne wesentliche Verspannung der linksseitigen Nackenmuskulatur, keine Triggerpunkte und eine geringe allseitige aktive Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule ergeben. Bildgebend seien massive eindeutige degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule nachgewiesen mit konstitutioneller relativer Enge des Spinalkanals. Bis anhin sei andauernd eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler-Vorarbeiter besttigt worden. Dies möge im Rahmen der Abklärungen und Behandlungen richtig sein. Aufgrund der heutigen Untersuchung sei indessen mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit denkbar. Anlässlich der stationären Rehabilitation in F. \_\_\_ sei ein Zumutbarkeitsprofil ausformuliert worden, wobei vorwiegend auf die Arbeitsposition und die Belastungsfähigkeit Bezug genommen worden sei. Somatisch seien aufgrund der heutigen Untersuchung minimale Einschränkungen festzuhalten. Ob zusätzliche Einschränkungen bezüglich der psychiatrischen Diagnosen und typischen Beschwerden unfallbedingt beständen, sei aufgrund der Adäquanz-Prüfung festzulegen. Eine IV-Umschulung sei wegen der Schlafstörungen abgebrochen worden. Er denke, bei einer allfälligen Besserung dieses Beschwerdekomples könne eine berufliche Tätigkeit im vorgesehenen G. \_\_\_en wieder aufgenommen werden. Dies sei aber aufgrund der heutigen Fakten unfallfremd und werde im G. \_\_\_en der Unfallfolgen nicht abschliessend beurteilt.

2.8. Dr. Wolf K. \_\_\_ beurteilte im Aktengutachten vom 28. Juni 2007 (Urk. 11/172) die Situation folgendermassen:

Die vom Kreisarzt durchgeführte klinische Untersuchung sei sorgfältig dokumentiert. Die Befunde entsprechen weitgehend denjenigen, die anlässlich der Entlassung aus der Rehabilitation festgehalten worden seien. Somit könne von einem stabilen Zustandsbild ausgegangen werden. Eine nochmalige klinische Untersuchung werde keine neuen Gesichtspunkte erbringen.

Was die Problematik der Tagesschläfrigkeit und der Schlaf-/Wachrhythmusstörungen betreffe, empfehle sich eine nochmalige polysomnographische Ableitung, und zwar in einem neurologischen Zentrum. Es werde eine primär neurologische Ursache der Schlafstörung (Hypersomnie) postuliert, weshalb sich differentialdiagnostische Überlegungen aus dem neurologischen Formenkreis aufdrängten. Zugleich könnte die Schlaf-/Wachrhythmusstörung besser quantifiziert werden. Eine posttraumatische Hypersomnie (d.h. Tagesschläfrigkeit) werde als Ausnahmeerscheinung in der Literatur diskutiert. Häufiger sei sie Ausdruck eines "Chronic Fatigue Syndroms" oder von Depressionen. Eine vorübergehende Verschlimmerung der Nackenschmerzen durch die HWS-Distorsion sei wahrscheinlich. Nach den Untersuchungsergebnissen sei im Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitation von einem Status quo sine auszugehen. Damit korreliere die damals verbalisierte Arbeitsfähigkeit.

Im Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik des L. \_\_\_ vom 11. Dezember 2008 (Urk. 11/193) wurden eine exzessive Tagesschläfrigkeit und Hypersomnie mit/bei (1) DD am ehesten posttraumatisch nach Autounfall am 7.3.2004 mit HWS-Distorsionstrauma und möglichem leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit initialer Commotio labyrinthii, (2) keine Hinweise auf spezifische primäre Schlaf-Wach-Erkrankung oder auf andere Ursachen und (3) mögliche Depression als negativ interagierender Faktor diagnostiziert.

Es beständen keine Hinweise für eine medikamenten-induzierte Hypersomnie. Die exzessive Tagesschläfrigkeit (objektiviert durch sehr kurze Einschlaflatenzen im Multiplen Schlaflatenz-Test) und die Hypersomnie (vermehrtes Schlafbedürfnis pro 24 Stunden, anamnestisch erhoben und aktigraphisch bestätigt) seien am ehesten (wahrscheinlich) durch den Unfall vom März 2004 verursacht worden. Für diese Kausalität sprächen folgende Fakten:

Es hätten vor diesem Unfall keine ähnlichen Schlaf-Wach-Störungen bestanden, und soweit aktenmässig eruierbar, seien auch davor keine solchen Störungen aktenkundig. Es sei gut möglich und sei wiederholt - auch am Beschwerdeführer - beobachtet worden, dass Schlaf-Wach-Störungen unmittelbar nach Traumata nicht beachtet würden, zumal andere Beschwerden (vorab Schmerzen) im Vordergrund gestanden hätten.

Schlaf-Wach-Störungen und insbesondere die exzessive Tagesschläfrigkeit und die Hypersomnie gehörten gemäss medizinischen Studien zu den häufigsten Beschwerden nach Schädel-Hirn-Trauma und auch nach HWS-Distorsionstrauma. In Zusammenarbeit mit der Harvard-Universität Boston sei ein Verlust von Hypocretin-(Orexin-)Neuronen im Hypothalamus verstorbener Schädel-Hirn-Trauma-Patienten gefunden worden. Hypocretin-Neuronen führten die

Wachheit - ein Fehlen dieser Neuronen führt zu Narkolepsie mit schwerer Tagesschlafmüdigkeit. Dies stützt die Hypothese, dass neuronale Schädigungen nach Schädel-Hirn-Trauma für posttraumatische Schlaf-Wach-Störungen verantwortlich sein könnten. Es sei gut möglich, sei jedoch bislang nicht untersucht worden, dass auch andere wachheitsfördernde Neuronenpopulationen im Mesencephalon bzw. Hirnstamm durch Traumata geschädigt würden.

Beim Beschwerdeführer fanden sich keine Hinweise für eine andere Ursache dieser schweren Tagesschlafmüdigkeit (keine Narkolepsie, keine idiopathische Hypersomnie, keine relevanten schlafassoziierten Bewegungs- oder Atemstörungen [z.B. Restless legs-Syndrom oder Schlafapnoe], kein chronisches Schlafmanko [mittels Aktigraphie ausgeschlossen]) und keine Hinweise auf zugrundeliegende psychiatrische oder medizinische Erkrankungen.

### E. 3.1

3.1.1 Seit Beginn der ärztlichen Behandlungen in der Schweiz wurde von den Ärzten durchwegs ein HWS-Distorsionstrauma diagnostiziert. Eine Verletzung von Nervenstrukturen wurde klinisch-neurologisch nicht gefunden (Erw. 2.2). Auch das MRI des Schädels ergab keine Hinweise für eine Pathologie (Urk. 11/16). Knapp ein Jahr nach dem Unfall klagte der Beschwerdeführer laut Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ (Erw. 2.3) noch über belastungs- und bewegungsverstärkte Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule, vom Nacken bis zur Stirn ausstrahlend, sowie über linksbetonte Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Im Verlauf trat beim Beschwerdeführer zudem eine exzessive Tagesschlafmüdigkeit auf, die als Hypersomnie bezeichnet wurde (Erw. 2.6). Im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 5. Januar 2006 (Erw. 2.7) klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule, vom Nacken bis zur Stirn ausstrahlend, sowie über linksbetonte Kopfschmerzen. Der Schwindel stehe im Hintergrund. Als Problem, das zurzeit therapeutisch angegangen werde, nannte der Beschwerdeführer seine Schlafstörungen. In der Untersuchung konnte Dr. J.\_\_\_\_ keine Kopfschmerzen, Nackenschmerzen oder Konzentrationsstörungen feststellen, auch Sensibilitätsstörungen oder Schwindel wurden während der Untersuchung nicht angegeben. Die Untersuchung ergab nur sehr diskrete Befunde mit minimaler Druckdolenz ohne wesentliche Verspannung der linksseitigen Nackenmuskulatur, keine Triggerpunkte und eine geringe allseitige aktive Bewegungseinschränkung der HWS. Bildgebend wurden massive degenerative Veränderungen der HWS nachgewiesen, die jedoch nicht unfallkausal sind.

3.1.2 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind keine auf das Unfallereignis zurückzuführende organischen Schädigungen nachweisbar. Was die von den Experten des Zentrums für Schlafmedizin (Erw. 2.6) genannten möglichen mikrostrukturellen Veränderungen im Stammhirn und die vom Gutachter des L.\_\_\_\_ bezeichneten HWS-Distorsionstrauma und mögliche leichte Schädel-Hirn-Trauma mit initialer Commotio labyrinthii als Ursache für die Hypersomnie betreffen, liegen diesbezüglich keine objektivierbaren Schädigungen vor, denn objektivierbar sind nur Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind (vgl. Dr. med. Urs Pilgrim, Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Erfahrungen des Hausarztes und Rheumatologen, in: Erwin Murer (Hrsg.), Nicht objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten



3.2.2.2. Als mittelschwer, aber nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend, wurden vom Bundesgericht etwa Unfälle qualifiziert, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 5. Februar 2008, 8C\_169/2007, Erw. 4.2), von der Strasse abkam und sich überschlug (Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 29. Oktober 2007, U 213/06, Sachverhalt und Erw. 7.2), auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 15. März 2007, U 258/06, Sachverhalt und Erw. 5.2) oder sich bei einer Geschwindigkeit von 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts in Sachen F. vom 16. Mai 2007, U 492/06, Erw. 4.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 11. September 2009, 8C\_915/2008, Erw. 5.1).

3.2.3. Der vom Beschwerdeführer erlittene Unfall, bei dem das Auto, in welchem der Beschwerdeführer als Fahrgast mitfuhr, ein plötzlich über die Strasse rennendes Schwein trotz Bremsmanöver erfasste (Urk. 11/6), ist im Lichte der soeben dargelegten Rechtsprechung höchstens als im engeren Sinne mittelschwer zu qualifizieren. Somit wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nur dann zu bejahen, wenn drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts in Sachen M vom 24. September 2010, 8C\_277/2010).

3.3. Der Unfall vom 7. März 2004 war in objektiver Hinsicht weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonderes eindrücklich, auch wenn der Beschwerdeführer dies so erlebt haben will. Der Beschwerdeführer wurde von der Kollision überrascht, war sich also derer nicht bewusst und sah diese nicht voraus. Aufgrund der verschiedenen vom Beschwerdeführer erzählten Versionen des Unfallablaufs (etwa: er habe den Kopf wahrscheinlich angeschlagen und sei bewusstlos gewesen, vgl. Urk. 11/10, oder er sei mit dem Kopf nach hinten und vorne und wahrscheinlich auch nach der Seite geworfen worden und habe sich durch das Tragen der Sicherheitsgurten auch thorakal verletzt, vgl. Urk. 11/14, oder durch den Aufprall habe es ihn nach vorne und hinten geworfen, ob er den Kopf angeschlagen habe, könne er nicht mit Sicherheit sagen, auch sei er unsicher, ob er einen kurzzeitigen Verlust des Bewusstseins gehabt habe und er sei nicht angegurtet gewesen, vgl. Urk. 11/193) konnte dieser nicht besonders eindrücklich gewesen sein. Zu beachten ist überdies, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010 in Sachen D., 8C\_9/2010 Erw. 3.7.1).

Der Beschwerdeführer zog sich beim Unfall auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art zu, da ein Schleudertrauma und die damit verbundenen Beschwerden für sich allein dieses Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 Erw. 5.2.3). Ebenfalls zu verneinen ist das Kriterium der fortgesetzten spezifischen und belastenden ärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer befand sich zwar seit dem Unfall mehr oder weniger in konstanter ärztlicher Behandlung. Dabei ging es jedoch vornehmlich um manualtherapeutische und

medikamentöse Behandlung sowie um Verlaufskontrollen. Diese stellen keine spezifische und den Versicherten speziell belastende ärztliche Behandlungen im Sinne dieses Kriteriums dar (vgl. dazu auch RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 Erw. 5.2.4 mit Hinweisen). Daran ändern auch die zahlreichen spezialärztlichen Untersuchungen nichts, da diese vornehmlich der Abklärung dienen.

Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden übersteigen das bei HWS-Distorsionen übliche Mass nicht. Der Beschwerdeführer kann seinen Lebensalltag selber meistern. Eine ärztliche Fehlbehandlung wie auch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen - die vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule begründen wie jede andere vorbestehende Gesundheitsschädigung keine Komplikation im Sinne dieses Kriteriums - sind nicht gegeben. Das Merkmal der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen liegt nicht vor. Der Beschwerdeführer absolvierte zwar berufliche Massnahmen, welche aber nach kurzer Zeit wieder aufgegeben wurden. Weitere Anstrengungen fanden nicht statt.

Von den sieben relevanten Kriterien ist demnach keines erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise. Waren die über den 31. Dezember 2006 hinaus geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal durch das Unfallereignis vom 7. März 2004 verursacht, so war die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2006 rechters.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - AXA-ARAG Rechtsschutz AG
  - Helsana Versicherungen AG
  - Rechtsanwalt Christian Leupi
  - Bundesamt für Gesundheit

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.