

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00282 vom 24. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00282

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00282 du 24 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00282 del 24 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1948, war zuletzt seit 19. April 2007 bei der Y. AG, Personalverleih, als Gipser tätig, und über diese bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 24. Mai 2007 wurde er in einen Verkehrsunfall verwickelt, als der von ihm gelenkte Personenwagen in einem Autobahntunnel seitlich von einem Anhängerzug touchiert wurde, ins Schleudern geriet und mit der Tunnelwand kollidierte (Unfallmeldung vom 6. Juni 2007, Urk. 10/1; Unfallaufnahme-Protokoll und Rapport der Kantonspolizei Z. vom 24. Mai und 14. Juni 2007, Urk. 10/7/1-2). Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten eine Commotio cerebri und eine Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS; Urk. 10/3 S. 1 oben). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.2. Mit Verfügung vom 28. November 2008 (Urk. 10/84) stellte die SUVA die Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2008 ein. Die Krankenkasse des Versicherten zog ihre am 17. Dezember 2008 dagegen erhobene vorsorgliche Einsprache (Urk. 10/87) am 22. Januar 2009 zurück und teilte mit, für die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aufzukommen (Urk. 10/92).

Die vom Versicherten am 18. Dezember 2008 erhobene Einsprache (Urk. 10/88/1-2), welche er am 28. Dezember 2008 präzisierte (Urk. 10/89) und am 5. Februar 2009 unter Beilage eines Parteigutachtens ergänzend begründete (Urk. 10/95), wies die SUVA mit Entscheid vom 16. Juni 2009 (Urk. 10/107 = Urk. 2) ab.

E. 1.2

1.2.1. 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 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).

1.2.2.2. 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 publizierte 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).

E. 1.3

1.3.1. 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).

1.3.2. Für 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen,

wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

1.3.3 Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.), sofern sich die Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas aufgrund des bunten Beschwerdebildes (Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen mit Verlangsamung und Fehlerhaftigkeit sowie erheblichen Lern- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen beziehungsweise Licht- und Lärmempfindlichkeit, Reizbarkeit und Nervosität, Schlafstörungen, Angstzustände und Depressionen sowie Wesensveränderung) mit jenem eines Schleudertraumas vergleichen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 11. Oktober 2005, U 72/05, Erw. 3.1).

1.4 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).

2. Streitig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin auch nach dem 31. Dezember 2008 Taggelder zu gewähren und für die Heilbehandlung aufzukommen hat, ob im Verfügungszeitpunkt ein Fallabschluss erfolgen durfte und ob der Beschwerdeführer gegebenenfalls Anspruch auf eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung hat.

E. 2

2.1 Gegen den Einspracheentscheid vom 16. Juni 2009 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 11. August 2009 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben, und es seien ihm weiterhin Taggeldleistungen und Heilbehandlungen auszurichten. Gleichzeitig sei die SUVA zu verpflichten, eine interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Gestützt hierauf sei über den Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) neu zu verfügen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 16. Juni 2009 aufzuheben und es sei ihm eine angemessene UVG-Rente sowie eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen (S. 2 Mitte).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2009 (Urk. 9) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 3. Dezember 2009 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

2.2 Am 11. Januar 2010 äusserte sich der Beschwerdeführer unter Auflage eines ärztlichen Berichts erneut (Urk. 12). Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2010 samt neu eingeholter ärztlicher Beurteilung (Urk. 18) wurde dem

Beschwerdeführer am 15. März 2010 zur Kenntnis gebracht (Urk. 20). Mit Schreiben vom 20. April 2010 (Urk. 22) hielt dieser an seinem Standpunkt fest.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmäßige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 3

3.1 Noch am Unfalltag begab sich der Beschwerdeführer ins Universitätsspital A. (A.), Klinik für Unfallchirurgie, wo er bis am 26. Mai 2007 hospitalisiert war (Urk. 10/3 S. 1 oben). Im Austrittsbericht vom 31. Mai 2007 (Urk. 10/3) nannten die behandelnden Ärzte als Diagnose eine Commotio cerebri sowie eine LWS-Kontusion (S. 1 oben). Sie führten aus, der initiale Wert nach der Glasgow Coma Scale (GCS) habe bei 14 gelegen und der Beschwerdeführer sei allseits orientiert gewesen. Die Wirbelsäule habe im Bereich L2-4 Druckdolenzen aufgewiesen. Die Extremitäten seien frei beweglich gewesen. Im Bereich des linken Beins sei eine leichte Kraftminderung feststellbar gewesen (S. 1 Mitte). Die Commotio-Überwachung sei problemlos verlaufen bei einem stabilen GCS-Wert von 15. Im Rahmen des durchgeführten neurologischen Konsiliums hätten keine neurologischen Defizite objektiviert werden können. Anhaltspunkte für eine radikuläre Dyssymptomatik hätten sich nicht gefunden. Eine weitere Bildgebung (Magnetresonanztomographie, MRI) sei aktuell nicht indiziert. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 1 unten).

3.2 Vom 15. November 2007 bis 17. Januar 2008 war der Beschwerdeführer in der Rehaklinik B. hospitalisiert (Urk. 10/36/1 Mitte). Im Austrittsbericht vom 21. Januar 2008 (Urk. 10/36) nannten Prof. Dr. med. C., Facharzt für Neurologie, PD Dr. med. D., Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. E., Assistenzärztin, im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

Verkehrsunfall vom 24. Mai 2007: Seitenkollision und Schleudern seines Personenwagens, Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS), Kontusion der Lendenwirbelkörper (LWK), milde traumatische Hirnverletzung (mild traumatic brain injury [MTBI])

- Cervikobrachialgie

MRI der HWS vom 23. Oktober 2007:

- medio-laterale und teils intraforaminale Diskushernie auf Höhe C5/6

- Spondylophyt C5/6

- breitbasige, dorsale Protrusion der Bandscheibe C6/7

- depressive Entwicklung

- Lumboischialgie links

MRI der LWS vom 11. Dezember 2007:

- Diskusprotrusion L3/4 und L4/5 mit leichter Einengung von dorsal durch Facettengelenksveränderungen, jedoch ohne eindeutige Kompromittierung neuraler Strukturen

- auf Niveau L5/S1 Diskusprotrusion mit jedoch etwas umschriebener Verwölbung, zusätzlich paramedian rechts mit leichter Verlagerung von Diskusmaterial auch nach kaudal, wahrscheinlich im Sinne einer bereits beginnenden subligamentären Herniation, Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts möglich

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, in der klinischen Untersuchung bestehe eine deutliche Druckdolenz im Nackenbereich und im Bereich der rechten Schulter dorso-lateral mit Ausstrahlung in den medialen Oberarm sowie ein massiges Lokalzentrum mit zirkulär eingeschränkter HWS-Beweglichkeit. Eine Hypästhesie werde mehr oder weniger im gesamten rechten Arm mit Betonung des ventralen Ober- und Unterarms, eher ulnarseits, und der Handinnenfläche mit den Fingern III bis V angegeben. Das kurz vor dem Eintritt durchgeführte MRI der HWS vom 23. Oktober 2007 (vgl. Bericht Zentrum F. [F.], Spital H., vom 23. Oktober 2007, Urk. 10/27) habe eine kleine, rechts medio-laterale, teils intraforaminale Diskushernie auf Höhe C5/6 gezeigt, die aber von einem grösseren Osteophyten von oben her umfasst sei. Zusammen verursachten diese Strukturen eine deutliche Einengung des Neuroforamens C6 rechts. Diese Befunde könnten die Klinik des Beschwerdeführers teilweise erklären. Die am 27. November 2007 im Kantonsspital G. (G.) durchgeführte neurochirurgische Untersuchung (vgl. Bericht G. vom 28. November 2007, Urk. 10/39) habe ergeben, dass die bestehenden chronischen Zervikobrachialgien mit radikulärer Ausstrahlung und Sensibilitätsstörung teilweise auf die Diskushernie C5/6 zurückzuführen sei (S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei klinisch eingeschränkter LWS-Beweglichkeit sowie Angabe von starken Kreuzschmerzen mit Schmerzausstrahlung in das linke Bein und Hypästhesie an der Aussenseite des linken Beines sei am 11. Dezember 2007 ein MRI der LWS durchgeführt worden (vgl. Bericht Kantonsspital I. [I.] vom 11. Dezember 2007, Urk. 10/38), welche altersentsprechende degenerative Veränderungen und keine Hinweise für posttraumatische, ältere oder frische Veränderungen der ossären Strukturen gezeigt habe. Der MRI-Befund könne die Klinik des Beschwerdeführers bezüglich der Rückenbeschwerden teilweise erklären (S. 2 unten, S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die neuropsychologische Abklärung habe ergeben, dass die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers aufgrund der deutlich reduzierten psycho-physischen Belastbarkeit, der Schmerzbelastung sowie der psychischen Symptome (depressive Stimmung, starke Verunsicherung, Hilflosigkeit, Ängste) aktuell deutlich eingeschränkt seien. Im Vordergrund ständen die beeinträchtigte Konzentrationsleistung sowie die Schwierigkeiten bei den exekutiven und den mnestischen Funktionen. Eine durchgemachte MTBI sei fraglich. Das MRI des Schädels vom 21. Dezember 2007 (vgl. Bericht I. vom 21. Dezember 2007, Urk. 10/37) sei nicht pathologisch ausgefallen. Insbesondere hätten keine kortiko-medulläre Blutablagerungen nachgewiesen werden können. Die diskrete Hyperintensität hochfrontal links sowie frontal rechts entspreche differentialdiagnostisch kleinsten, mikroangiopathischen Veränderungen. Die neuropsychologischen Störungen seien mit

Wahrscheinlichkeit im Rahmen eines Mischbildes aus psychischer und schmerzbedingter Leistungseinschränkung erklärbar (S. 3 Mitte, vgl. auch den neuropsychologischen Bericht vom 30. November 2007, Urk. 10/35).

3.3. Dr. med. J. ____, FMH Neurologie, berichtete am 28. August 2008 (Urk. 10/68). Sie führte aus, beim Beschwerdeführer keine klare, zuordenbare neurologische Auffälle zu finden. Den fehlenden Patellarsehnenreflex (PSR) rechts könne sie sich nicht erklären. Es bestehe eine Diskusprotrusion L3/4 und L4/5, eine Kompression neuraler Strukturen liege aber nicht vor. Des Weiteren finde sich ein sensibles Hemisyndrom rechts im Bereich der Extremitäten, welches ebenfalls nicht erklärbar sei. Ein radikales sensorisches oder motorisches Ausfallssyndrom lasse sich klinisch nicht finden (S. 2 Mitte).

3.4. Am 7. Oktober 2008 berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. med. K. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, welcher den Beschwerdeführer am Vortag untersucht hatte (Urk. 10/78). Er führte aus, nach dem Unfallereignis sei eine Commotio cerebri festgestellt worden. Heute bestünden anamnestisch Kopfschmerzen, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Sehprobleme, ein Leistungsknick sowie Schlafstörungen. Diese seien im Zusammenhang mit der bildgebenden Schädeluntersuchung allenfalls unfallfremd erklärbar. Ein Zusammenhang zum Unfallereignis sei bei unauffälliger Neurologie medizinisch nicht verifizierbar (S. 5 unten, S. 6 oben).

Im Bereich der Wirbelsäule bestünden massive degenerative Veränderungen. Die Beschwerden seien eindeutig diesen zuzuordnen. Traumatische Läsionen seien nach dem Ereignis nie festgehalten worden. In letzter Zeit hätten die Beschwerden abgenommen. Der Zusammenhang zum Unfallereignis sei nicht mehr gegeben. Der Status quo sine sei erreicht (S. 6 oben).

Über ein Jahr nach dem Unfallereignis würden nun auch Schulterbeschwerden rechts abgeklärt. Aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung handle es sich um eine altersbedingte Periarthritis humero-scapularis (PHS). Aufgrund der Tatsache, dass beim auf der linken Seite sitzenden Lenker eines Fahrzeugs die rechte Schulter frei liege, könne ein Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfallereignis vom Mai 2007 nicht erklärt werden (S. 6 oben).

3.5. Am 16. Juli 2008 war im F. ____, Spital H. ____, ein Arthro-MRI der rechten Schulter des Beschwerdeführers durchgeführt worden, welches gleichentags von Dr. med. L. ____, Oberärztin Radiologie, beurteilt wurde (Urk. 10/61). Sie führte aus, es bestehe keine Rotatorenmanschettenruptur. Sichtbar sei eine Acromio-Clavicular-Arthrose sowie ein descendierender Verlauf des Acromions und eine kleinvolumige Acromionspur mit Einengung des subacromialen Bogens und Begünstigung eines Impingementsyndroms. Es bestehe keine occulte Fraktur und auch keine Osteitis.

Dr. med. M. ____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, berichtete am 20. November 2008 (Urk. 10/86). Als Diagnose nannte er eine Supraspinatussehnenverletzung rechts (S. 1 Mitte). Er führte aus, er habe die MRI-Beurteilung vom 16. Juli 2008 nicht nachvollziehen können, weshalb er das MRI von Dr. N. ____, Chefarzt Radiologie, F. ____, Spital H. ____, noch einmal habe nachbefunden lassen. Dieser habe ihm dann die Rotatorenmanschettenruptur im Bereich des Supraspinatus bestätigt. Damit sei die Problematik beim Beschwerdeführer sicherlich geklärt. Zur Sanierung dieser Problematik müsse wahrscheinlich eine Rotatorenmanschettennaht

durchgefhrt werden (S. 2 Mitte).

3.6 Am 4. Februar 2009 erstattete Dr. med. O.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, eine second opinion (Urk. 10/95/4-6). Betreffend die vom Beschwerdeführer geklagten beidseitigen Nackenbeschwerden führte er aus, dass der Unfall vom Mai 2007 beim Beschwerdeführer mit grssster Wahrscheinlichkeit zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestehenden zervikalen Diskushernie C5/6 rechtsseitig gefhrt habe. Er habe über Jahre unter bestehenden rezidivierenden Nackenschmerzen ohne Ausstrahlung gelitten. Seit dem Autounfall bestnden kontinuierliche, in den rechten Arm ausstrahlende Nackenschmerzen. Zudem komme es zu Kribbelparästhesien in der Hand-Innenfläche und dem medialen Unterarm sowie in den Fingern II bis V. Die Diskushernie sei nicht unfallbedingt, aber die Verschlechterung durch den Unfall sei als richtunggebend zu beurteilen (S. 1 unten, S. 2 oben).

Was die Lumboischialgien anbelange, so gehe er mit SUVA-Kreisarzt Dr. K.____ einig, dass diesbezüglich der Status quo sine erreicht sei (vgl. Erw. 3.4). Gemäss Auskunft des Hausarztes des Beschwerdefhrers, Dr. med. P.____, Allgemeine Medizin FMH, seien die Lumbalgien vorbestehend und habe der Beschwerdeführer deswegen bereits vor 15 Jahren gespritzt werden müssen (S. 2 oben).

In Bezug auf die Schulterproblematik rechts unterstütze er sodann die Meinung von Dr. M.____, wonach eine Supraspinatussehnenverletzung vorliege. Er führte aus, die gelenkraumseitige Partialruptur der Supraspinatussehne sei unfallbedingt. Der Status quo sine sei hier nicht erreicht. Im übrigen sei dokumentiert, dass der Beschwerdeführer bereits Ende August 2007 über Schulterbeschwerden rechts geklagt habe, und nicht erst über ein Jahr nach dem Unfallereignis, wie von SUVA-Kreisarzt Dr. K.____ behauptet (S. 2 Mitte).

Schliesslich hielt Dr. O.____ eine neuropsychologische Abklärung bei einem dazu befähigten Spezialisten für angezeigt, da nur eine solche Aufschluss über eine allfällige MTBI geben könne (S. 3 oben).

3.7 Mit Bericht vom 9. Juni 2009 (Urk. 10/106) nahm SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Stellung zum Arthro-MRI der rechten Schulter vom 16. Juli 2008 (vgl. Erw. 3.5). Er führte aus, dass eine Schulterverletzung rechts im Bericht der Ärzte des A.____ echtzeitlich nicht dokumentiert sei. Sodann sei bei einem angegurteten Fahrer auch biomechanisch eine isolierte Binnenlsion an der rechten Schulter nicht wahrscheinlich. Aufgrund des Arthro-MRI könne er zwar Hinweise auf eine partielle gelenkseitige Läsion der Supraspinatussehne bestätigen. Eine transmurale Ruptur liege hingegen nicht vor. Dieser altersentsprechende degenerative Befund erlaube keine Rückschlüsse auf Unfallfolgen. Solche seien bloss möglich. Vielmehr erkläre sich die ansatznahe Tendinose zwanglos durch das vorbestehende Impingement (bei Acromion Typ III und Acromio-Clavicular-Gelenksarthrose), was von Dr. O.____ in seiner Beurteilung (vgl. Erw. 3.6) nicht diskutiert werde (S. 1 unten). Eine Unfallkausalität der Schulter-Beschwerden rechts sei nicht wahrscheinlich (S. 2).

3.8 Am 11. Dezember 2009 erstattete Dr. O.____ einen weiteren Bericht (Urk. 13/1). Er führte aus, das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 16. Juli 2008 (vgl. Erw. 3.5) zeige eine ansatznahe, wanddurchgreifende Ruptur der Rotatorenmanschette. Die Supraspinatussehne sei in toto auf einer kurzen Strecke durchgerissen. Daneben finde sich

das ansatznahe subacromiale Impingement der Rotatorenhöhle, wobei insbesondere die ventralen Anteile der Supraspinatussehne betroffen seien (S. 2 Mitte). Es sei anzunehmen, dass sich der Beschwerdeführer beim fraglichen Unfallereignis in einer nachvollziehbaren Reflexbewegung mit ganzer Kraft nach vorne abgestürzt habe, als sein Auto mit der Tunnelwand kollidiert sei und sich um 180° gedreht habe (S. 2 unten). Diese vehemente und kraftvolle Reflex- oder Abwehrbewegung sei mit grösster Wahrscheinlichkeit für die stattgehabte Läsion der Rotatorenmanschette ursächlich (S. 3 oben).

Unter Verweis auf einen Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung (Urk. 13/2) führte er sodann aus, die geschilderte Abwehr- oder Reflexbewegung sowie das Erscheinungsbild der Läsion der Rotatorenmanschette und die Tatsache, dass sich keine degenerativen Begleitumstände finden liessen, sprächen für eine unfallähnliche Körpererschütterung gemäss Art. 9 Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). Ein klar definiertes Ereignis liege ebenfalls vor (S. 3 oben).

In Bezug auf die HWS-Problematik bestätigte Dr. O. seine bereits im Bericht vom Februar 2009 (vgl. Erw. 3.6) vertretene Auffassung, wonach die vorbestehende pathologische Situation (Diskushernie C5/6) durch den Unfall eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren habe (S. 5 unten, S. 6 oben). Er führte aus, der Status quo sine könne nur mit einer mikrochirurgischen Diskektomie erreicht werden (S. 6 Mitte). Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden im rechten Arm und in der rechten Schulter hätten sehr wohl ein organisches Korrelat, nämlich die Diskushernie C5/6 sowie die Protrusion C6/7 mit der dazu passenden Neurologie, die erst seit dem Unfall nachweisbar sei und die vor dem Unfall nicht bestanden habe (S. 7 Mitte).

SUVA-Versicherungsmediziner Dr. Q. nahm am 22. Februar 2010 erneut Stellung (Urk. 19). Er führte aus, ein transmuraler Anteil der Supraspinatus-Tendinopathie rechts könne aufgrund des Arthro-MRI vom 16. Juli 2008 weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Ein solcher sei bloss möglich. Eine natürliche Kausalität des vorliegenden Befundes zum Ereignis vom Mai 2007 werde bestritten, denn rechtzeitig gebe es keine Anhaltspunkte für eine Schulterverletzung rechts. Der Unfall sei dafür biomechanisch auch nicht geeignet gewesen. Vielmehr erkläre sich die Schulterpathologie rechts zwanglos allein auf altersentsprechend degenerativer Grundlage (S. 1 unten).

Sodann gebe es auch bezüglich der HWS keine objektiven Anhaltspunkte für eine Verschlimmerung des eindeutig degenerativen Vorzustandes durch eine eventuelle Distorsion am 24. Mai 2007. Insbesondere hätten sich im A. rechtzeitig keine neurologischen Auffälle gefunden (S. 2).

E. 4

4.1 Zu prüfen ist die Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden an der rechten Schulter, der HWS-Beschwerden sowie der neuropsychologischen Defizite.

Was die LWS-Beschwerden anbelangt, so anerkannte der Beschwerdeführer unbestrittenemassen, dass diesbezüglich der Status quo sine erreicht und die natürliche Unfallkausalität entsprechend zu verneinen ist (vgl. Urk. 10/95/1 unten, Urk. 2 S. 4 Ziff. 2, Urk. 9 S. 6 Ziff. 6). Davon ist aufgrund der übereinstimmenden medizinischen Beurteilungen (Erw. 3.4, Erw. 3.6) denn auch

auszugehen.

E. 4.2

4.2.1.1. Zur Frage der (natürlichen) Unfallkausalität der rechtsseitigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nahmen insbesondere Dr. O. ___ und Dr. Q. ___ Stellung.

Dr. Q. ___ erachtete eine Unfallkausalität der rechtsseitigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers als nicht wahrscheinlich. Im Arthro-MRI vom 16. Juli 2008 konnte er Hinweise auf eine partielle gelenksseitige Läsion der Supraspinatussehne ausmachen, qualifizierte diesen Befund indes als altersentsprechend degenerativ und als durch das vorbestehende Impingement bei einem Acromion Typ III und einer Acromio-Clavicular-Gelenksarthrose erklärbar (Erw. 3.7 und Erw. 3.9). Dr. Q. ___ stützte seine Beurteilung auf das relevante bildgebende Material und begründete seine Einschätzung in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise.

4.2.2. Dr. O. ___ war demgegenüber der Auffassung, beim Beschwerdeführer liege eine unfallkausale Rotatorenmanschettenruptur vor. Das Arthro-MRI vom 16. Juli 2008 zeige eine vollständig durchgerissene Supraspinatussehne. Die Unfallkausalität dieser Verletzung begründete er im Wesentlichen mit den - mutmasslichen - reflexartigen Bewegungen, die der Beschwerdeführer in der Unfallsituation mit seinem rechten Arm gemacht haben soll (Erw. 3.8). Der von Dr. O. ___ beschriebene Bewegungsablauf ist indes nicht erwiesen und entsprechend fraglich. Zudem erachtete Dr. Q. ___ eine Binnenläsion an der rechten Schulter bei einem angegurten Fahrer biomechanisch gerade als nicht wahrscheinlich (Erw. 3.7 und Erw. 3.9). Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass aufgrund des Unfallhergangs eine Ruptur der Supraspinatussehne möglich ist (vgl. Urk. 1 S. 6 oben), können die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers gestützt darauf nicht als unfallkausal gewertet werden, denn die blosser Möglichkeit begründet keine Kausalität.

4.2.3. Im Zusammenhang mit der von Dr. O. ___ postulierten unfallähnlichen Körpererschütterung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV ist festzuhalten, dass eine unfallähnliche Schädigung mit Ausnahme des ungewöhnlichen äusseren Faktors sämtliche anderen Merkmale des Unfallbegriffs, insbesondere auch eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung, welche die Verletzung verursacht, voraussetzt. Der Auslösfaktor kann alltäglich und diskret sein. Wesentlich ist, dass ein plötzliches Ereignis, beispielsweise eine heftige Bewegung oder das plötzliche Aufstehen aus der Hocke, die in Art. 9 Abs. 2 lit. b bis h UVV erwähnten Verletzungstatbestände hervorruft. Fehlt es an einem solchen unmittelbaren Geschehen und ist die Läsion vielmehr wiederholten, im täglichen Leben erfolgten Mikrotraumata zuzuschreiben, die eine allmähliche Abnützung bewirken, welche schliesslich das Ausmass der eine Behandlung erfordernden Schädigung erreicht, liegt kein Unfall, sondern eine Krankheit vor (BGE 116 V 147 Erw. 2c mit Hinweisen; vgl. BGE 123 V 43).

Aus den vorliegenden Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer erst im Rahmen seines Aufenthalts in der Rehaklinik B. ___ Ende 2007, also rund ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis, erstmals spezifisch über rechtsseitige Schulterbeschwerden klagte (Urk. 10/36 S. 2 unten und S. 4 Mitte). Insbesondere sind dem Bericht der noch am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des A. ___ keine Anhaltspunkte auf eine Schulterverletzung zu entnehmen, wie dies auch Dr. Q. ___ konstatierte (vgl. Erw. 3.9). Die

Ärzte des A. ___ stellten im Rahmen der Befunderhebung vielmehr eine freie Beweglichkeit der Extremitäten fest (Erw. 3.1). Auch im August 2007 erwähnte der Beschwerdeführer einem SUVA-Aussendienstmitarbeiter gegenüber keine rechtsseitigen Schulterbeschwerden, wie er beschwerdeweise geltend machte (Urk. 1 S. 5 unten), sondern Schmerzen im Schultergürtelbereich beidseits (Urk. 10/13 S. 1 unten). Mangels echtzeitlich geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden kann deshalb im Unfallereignis vom Mai 2007 nicht das im Zusammenhang mit einer unfallähnlichen Körpererschütterung vorausgesetzte unmittelbare, die Verletzung hervorrufende Geschehen gesehen werden. Es fehlt an einer engen zeitlichen Korrelation (vgl. Urk. 13/2 Ziff. 7.1). Im Übrigen ist die Feststellung von Dr. O. ___, wonach beim Beschwerdeführer keine degenerativen Begleitumstände ersichtlich seien (Erw. 3.8), mit Blick auf die Beurteilungen durch Dr. L. ___ und Dr. Q. ___, welche im Arthro-MRI vom 16. Juli 2008 solche erkennen konnten (Erw. 3.5, Erw. 3.7 und Erw. 3.9), nicht überzeugend.

4.2.4.4 Sodann ist festzuhalten, dass die Rechtsfigur *post hoc ergo propter hoc*, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die Annahme eines Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb). In diesem Sinne kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand der Beschwerdefreiheit vor dem Unfall (vgl. Urk. 1 S. 6 oben) nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Anzumerken ist schliesslich, dass vorliegend nicht von Belang ist, ob die Supraspinatussehne des Beschwerdeführers nun ganz gerissen ist (so die Einschätzung von Dr. O. ___, Erw. 3.8) oder ob ein transmuraler Anteil der Supraspinatus-Tendinopathie bloss möglich ist (so die Einschätzung von Dr. Q. ___, Erw. 3.9). Denn selbst wenn mit Dr. O. ___ von einer vollständigen Ruptur ausgegangen würde, ist eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität dieser Verletzung nicht ausgewiesen (vgl. Erw. 4.2.2-3).

4.2.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom Mai 2007 zurückgeführt werden können und entsprechend der natürliche Kausalzusammenhang zu verneinen ist.

E. 4.3

4.3.1 Am 23. Oktober 2007 wurde ein MRI der HWS des Beschwerdeführers durchgeführt, welches eine kleine, rechts medio-laterale, teils intraforaminale Diskushernie auf Höhe C5/6 zum Vorschein brachte (vgl. Erw. 3.2). Mangels feststellbarer traumatischer Läsionen beurteilte SUVA-Kreisarzt Dr. K. ___ diese Veränderungen als degenerativ und erachtete die Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich der (Hals)wirbelsäule als dadurch verursacht. Er ging im Oktober 2008 von einem Status quo sine aus (Erw. 3.4).

4.3.2 Auch Dr. O. ___ ging davon aus, dass die zervikale Diskushernie C5/6 rechtsseitig vorbestehend war und nicht durch den Unfall vom 24. Mai 2007 verursacht wurde (Erw. 3.6 und Erw. 3.8). Dies entspricht denn auch der medizinischen

Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 4. Juli 2007, U 446/06, Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

Dr. O. ___ war indes der Ansicht, die vorbestehende zervikale Diskushernie habe durch das Unfallereignis eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren (Erw. 3.6 und Erw. 3.8). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat, dass es einer medizinischen Erfahrungstatsache entspreche, dass selbst im Falle vorbestehender degenerativer Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten sei (Urteil in Sachen S. vom 16. Dezember 2010, 8C_677/2010, Erw. 4.6 mit Hinweisen). Ohne nÄhere Auseinandersetzung mit diesem Erfahrungssatz ging Dr. O. ___ davon aus, dass der Unfall eine richtungsweisende Veränderung des degenerativen Zustands verursacht habe. Eine solche Änderung ist indes nur anzunehmen, wenn eine Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands rÄntgenologisch nachgewiesen ist (Urteil des EidgenÄssischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 25. Mai 2004, U 129/03, Erw. 5.5), mithin das Unfallereignis zu einer bildgebend nachgewiesenen Veränderung des degenerativen Vorzustandes gefÄhrt hat. Eine solche Veränderung ist in den medizinischen Akten jedoch nicht dokumentiert. Insbesondere konnte auch Dr. Q. ___ keine objektiven Anhaltspunkte fÄr eine derartige Verschlimmerung finden (Erw. 3.9).

4.3.3Ä Somit ist festzuhalten, dass die Diskushernie auf HÄhe C5/6 weder durch den Unfall verursacht wurde noch durch diesen eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren hat.

E. 4.4

4.4.1Ä Am 21. Dezember 2007 wurde ein MRI des SchÄdels des BeschwerdefÄhrers durchgefÄhrt, welches nicht pathologisch ausfiel. Ein organisches Substrat im Sinne einer traumatischen Verletzung konnte nicht nachgewiesen werden. Die feststellbare diskrete HyperintensitÄt hochfrontal links sowie frontal rechts schrieben die Ärzte kleinsten mikroangiopathischen, mithin krankheitsbedingten, Veränderungen zu (Erw. 3.2).

Ä Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung des BeschwerdefÄhrers in der Rehaklinik B. ___ konnten deutlich eingeschrÄnkte kognitive FÄhigkeiten festgestellt werden. Vor dem Hintergrund des nicht pathologischen MRIs wurden diese von den Ärzten im Rahmen eines Mischbildes aus psychischer und schmerzbedingter LeistungseinschrÄnkung gesehen. Dr. O. ___ machte geltend, der BeschwerdefÄhrer sei weder in der Rehaklinik B. ___ noch anderswo einer sauberen neuropsychologischen AbklÄrung durch einen ausgewiesenen Spezialisten unterzogen worden, was er insbesondere mit Blick auf die Frage nach dem Vorliegen einer MTBI als notwendig erachtete. Des Weiteren wies er darauf hin, dass der Hausarzt des BeschwerdefÄhrers ihm gegenÄber telefonisch bestÄtigt habe, dass bei diesem eine WesensverÄnderung vorliege, was fÄr eine MTBI spreche (Urk. 10/95/5-6).

Ä In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten, dass die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht selbstÄndig die Beurteilung der Genese der festgestellten Beschwerden vorzunehmen vermag (BGE 119 V 340 f. Erw. 2b/bb), weshalb von weiteren neuropsychologischen AbklÄrungen keine massgebenden

neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Die Wesensveränderung des Beschwerdeführers ist sodann lediglich behauptet. In den medizinischen Akten finden sich keine dahingehenden Befunde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine strukturell nachweisbare Schädigung des Gehirns liegt somit mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor.

4.4.2 Ä Ä Sodann ergaben auch die neurologischen Abklärungen keine Hinweise auf traumatische strukturelle Läsionen. Bereits die Ärzte des A. ___ konnten keine neurologischen Defizite objektivieren. Insbesondere fanden sie keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Dyssymptomatik (Erw. 3.1). Dr. J. ___ konnte ebenfalls keine klar zuordenbaren neurologischen Ausfälle feststellen (Erw. 3.3).

4.4.3 Ä Ä Vor diesem Hintergrund ist die Beurteilung durch SUVA-Kreisarzt Dr. K. ___, wonach die anamnestischen Beschwerden des Beschwerdeführers bei unauffälliger bildgebender Schädeluntersuchung sowie nicht pathologischen Ergebnissen der neurologischen Untersuchungen nicht in verifizierbarer Weise in Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Mai 2007 gesehen werden könnten (Erw. 3.4), nachvollziehbar und einleuchtend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Aktenlage betreffend die objektiven, organischen Befunde ist vollständig. Der Beschwerdeführer wurde verschiedentlich abgeklärt, weitere Untersuchungen, wie vom Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 S. 7 oben und S. 7 Mitte), sind nicht angezeigt, sind doch davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

E. 4.5

4.5.1 Ä Ä Die erstbehandelnden Ärzte des A. ___ diagnostizierten beim Beschwerdeführer eine Commotio cerebri (Erw. 3.1), welche medizinisch gesehen als leichtes Schädelhirntrauma bezeichnet wird (vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002 S. 310, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R., U 72.05). Eine Commotio cerebri (Hirnerschütterung) wird definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle, währenddem eine Contusio cerebri (Hirnprellung) einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt werden. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der MTBI eingeführt. Darunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der GCS von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Adrian M. Siegel/Daniel Fischer [Hrsg.], Die neurologische Begutachtung, Zürich 2005, S. 164-166; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen T. vom 29. März 2006, U 197/04, Erw. 3.1, und in Sachen R. vom 6. November 2006, U 444/05,

Erw. 4.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den vorliegenden Akten geht hervor, dass die am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des A.____ beim Beschwerdeführer einen initialen GCS-Wert von 14 feststellten, welcher während der Comotio-Überwachung den Maximalwert von 15 erreichte (Erw. 3.1). Dies spricht gegen das Vorliegen einer MTBI, setzt doch eine solche rechtsprechungsgemäss einen GCS-Wert von unter 13 voraus. Vor dem Hintergrund des unauffälligen Schädel-MRIs erachteten auch die Ärzte der Rehaklinik B.____ eine durchgemachte MTBI als fraglich (Erw. 3.2). Dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom Mai 2007 eine MTBI erlitt, ist deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich.

4.5.2 Ä Ä Ist ein Schädelhirntrauma diagnostiziert und liegen keine strukturellen Schäden vor, so rechtfertigt es sich, die zum Schleudertrauma der Halswirbelsäule entwickelte Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs sinngemäss anzuwenden, sofern die Diagnose insbesondere gestützt auf die Erstunterlagen verifizierbar ist (vgl. dazu BGE 134 V 123 Erw. 9.2) und das typische bunte Beschwerdebild als (natürlich-kausale) Folge des Schädelhirntraumas im Anschluss an den Unfall eingetreten ist (vgl. Erw. 1.3.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 11. Oktober 2005, U 72/05, Erw. 3.2). In diesem Zusammenhang gilt es aber auch zu beachten, dass das Bundesgericht mehrfach festgehalten hat, dass ein Trauma, welches lediglich den Schweregrad einer Comotio cerebri erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis genügt (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen F. vom 30. Juni 2010, 8C_358/2010, Erw. 6.2, und in Sachen R. vom 11. Dezember 2007, U 588/06, Erw. 4.2.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Bericht der erstbehandelnden Ärzte des A.____ enthält abgesehen von der Angabe der feststellbaren GCS-Werte keine Aussage zu einem allfälligen Bewusstseinsverlust des Beschwerdeführers. Der initiale GCS-Wert lag aber immerhin nicht bei 15, sondern lediglich bei 14. Die Aussage des Beschwerdeführers zu Händen der Polizei am auf den Unfall folgenden Tag (Ä [...] es drehte mich [...] dann dachte ich Ä jetzt ist es vorbeiÄ. Danach kann ich mich an nichts erinnern. Ich weiss nur noch, dass sich nach der Kollision jemand um mich gekümmert, den Sicherheitsgurt gelöst und mir Wasser gegeben hatÄ [Urk. 10/7/1 S. 9 oben]) lässt sodann auf einen zumindest kurzzeitigen Bewusstseinsverlust schliessen, was vor dem Hintergrund des dokumentierten Unfallhergangs (Urk. 10/7/1 S. 6 unten) auch plausibel erscheint. Neurologische Defizite konnten die erstbehandelnden Ärzte indes keine objektivieren. Insgesamt ist die gestellte Diagnose einer Comotio cerebri nachvollziehbar (vgl. Erw. 4.5.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die vorliegenden Akten enthalten keine echtzeitliche Dokumentation der vom Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfallereignis vom Mai 2007 beklagten Beschwerden. Insbesondere geht diesbezüglich nichts aus dem Bericht der erstbehandelnden Ärzte des A.____ (vgl. Erw. 3.1) hervor. Im September 2007 sagte der Beschwerdeführer einem SUVA-Aussendienstmitarbeiter gegenüber aus, nach dem Unfall unter anderem unter Nacken- und Kopfschmerzen gelitten zu haben (Urk. 10/13). Im Rahmen des Aufenthalts in der Rehaklinik B.____ Ende 2007 konnten die behandelnden Ärzte sodann auch Konzentrationsstörungen und eine depressive Entwicklung feststellen (Erw. 3.2). Mangels gegenteiliger Anhaltspunkte kann deshalb in

Äbereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 9 oben) davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer das typische bunte Beschwerdebild als (natürlich-kausale) Folge im Anschluss an den Unfall zumindest teilweise eingetreten ist. Festzuhalten ist indes, dass die Folgen einer Commotio cerebri erfahrungsgemäss innert Wochen abheilen. Dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auch über einhalb Jahre nach dem Unfallereignis noch auf dieses zurückzuführen sein sollen, vermag nicht zu überzeugen. Dies umso weniger, als er offensichtlich unter erheblichen degenerativen Veränderungen im gesamten Wirbelsäulenbereich leidet.

4.5.3.1 Selbst wenn man mit der Beschwerdegegnerin von einer natürlichen Kausalität der vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten aber nicht objektivierbaren Beschwerden ausginge, wäre nach der Adäquanzprüfung gestützt auf die Schleudertrauma-Praxis - sofern diese angesichts des lediglich leichten Schädel-Hirntraumas im Sinne einer Commotio cerebri überhaupt Anwendung finden kann (vgl. Erw. 4.5.2) - der adäquate Kausalzusammenhang im Ergebnis zu verneinen, wie die Beschwerdegegnerin dies im Einspracheentscheid unter Bezugnahme auf die massgebliche Rechtsprechung eingehend dargelegt hat (Urk. 2 S. 9 ff.). Dem ist nichts beizufügen. Angesichts dessen, dass den Akten keine fachpsychiatrischen Diagnosen zu entnehmen sind und der Beschwerdeführer insbesondere nie eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm, ist sodann davon auszugehen, dass keine ausgeprägten, im Vordergrund stehenden psychischen Beeinträchtigungen bestehen, welche eine Adäquanzprüfung nach der in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien rechtfertigen würden (vgl. BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE 134 V 127 Erw. 10.2 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann ist festzuhalten, dass die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanzprüfung nicht verfrüht erfolgte, denn was die von ihr als (natürlich-kausal) erachtete Commotio-Problematik anbelangt, kann den Akten nicht entnommen werden, dass diesbezüglich von einer weiteren ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erzielt werden konnte (vgl. BGE 134 V 115 Erw. 4.3 mit Hinweisen). Bereits die Ärzte der Rehaklinik B. empfahlen Ende 2007 lediglich noch Massnahmen, welche dem Beschwerdeführer vordergründig bei der Tagesstrukturierung helfen sollten (Urk. 10/36 S. 4 Mitte) und SUVA-Kreisarzt Dr. K. hielt in seinem Bericht vom Oktober 2008 explizit fest, dass unfallbedingt keine weiteren Behandlungen mehr angezeigt seien (Urk. 10/78 S. 6 Mitte).

4.6.1 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 24. Mai 2007 ein natürlicher Kausalzusammenhang zu verneinen ist. Auch hat die vorbestehende Diskushernie im Bereich der HWS durch den Unfall keine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren. Die noch geklagten HWS-Beschwerden, Kopfschmerzen und neurologischen Defizite beruhen nicht auf einem objektivierbaren unfallbedingten organischen Substrat. Was die im Zusammenhang mit der erlittenen Commotio cerebri geklagten typischen Beschwerden anbelangt, ist im Zeitpunkt der Leistungseinstellung Ende Dezember 2008 nicht mehr von einem natürlichen Kausalzusammenhang auszugehen und selbst wenn, wäre die Adäquanz zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per Ende Dezember 2008 eingestellt. Mangels rechtsgenügendem Kausalzusammenhang fällt

auch eine weitergehende Leistungspflicht im Sinne einer Rente und einer Integritätsentschädigung ausser Betracht. Der angefochtene Entscheid erweist sich in jeder Hinsicht als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer, unter Beilage einer Kopie von Urk. 22

- 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.