

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00163 vom 9. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00163

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00163 du 9 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00163 del 9 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1954, war seit August 2000 als Metallbauer bei der Y. AG beschäftigt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 3. April 2004 als Beifahrer einen Auffahrunfall erlitt (Urk. 10/1 Ziff. 1-6, Urk. 10/4.2), bei dem er sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zuzog (Urk. 10/2 Ziff. 5). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung sowie Taggeld (Urk. 10/27.12). Mit formloser Mitteilung vom 8. Februar 2005 schloss sie den Fall per sofort ab und stellte die Versicherungsleistungen (Heilkosten) ein (Urk. 10/23.1-2).

1.2. Am 19. April 2007 meldete der Versicherte einen Rückfall (Urk. 10/27.1-2). Mit Verfügung vom 30. Januar 2008 verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht mit der Begründung, es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Ereignis vom 3. April 2004 (Urk. 10/44). Die vom Versicherten dagegen am 19. Februar 2008 provisorisch erhobene (Urk. 10/45) Einsprache, die er am 12. April 2010 begründete (10/79), wies die SUVA mit Entscheid vom 16. April 2010 ab (Urk. 10/80 = Urk. 2).

E. 2

2.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in rechtsgenügendem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 3. April 2004 stehen und er somit Anspruch auf Versicherungsleistungen hat.

2.2. Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass mit dem formlosen Einstellungsschreiben vom 8. Februar 2005 (vgl. Urk. 10/23) bereits rechtswirksam entschieden worden sei, dass die seinerzeit noch bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers nicht mehr auf das Unfallereignis vom 3. April 2004 zurückzuführen, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt waren (S. 5 f. Ziff. 2c). Die angefochtene Verfügung vom 30. Januar 2008 (vgl. Urk. 10/44) stelle letztlich nichts anderes als eine Bestätigung dieses Entscheides dar (S. 6 f. Ziff. 3c). Zwischen den am 19. April 2007 als Rückfall gemeldeten - aber aus medizinischer und rechtlicher Sicht keinen Rückfall darstellenden (S. 6 Ziff. 3c) - Beschwerden und dem Unfall vom 3. April 2004 sei ein natürlicher Kausalzusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (S. 7 Ziff. 5).

2.3. Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, seit dem Unfall unter erheblichen Kopfschmerzen zu leiden. Die Frequenz derselben sei durch den Unfall richtungsgebend verschlimmert worden. Die

Teilkausalität sei auch seitens der Beschwerdegegnerin ursprünglich anerkannt worden. Der status quo ante vel sine sei nie erreicht worden. Daraus folge, dass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach wie vor gegeben sei (S. 5 Ziff. 26). Die Beschwerdegegnerin habe erst am 30. Januar 2008 die ablehnende Verfügung erlassen. Dem formlosen Schreiben vom 8. Februar 2005 könne aufgrund von Treu und Glauben nicht Rechtskraft zukommen (S. 5 Ziff. 27).

2.4.4 Beim Unfall vom 3. April 2004 hatte sich der Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion zugezogen (Urk. 10/2 Ziff. 5). Sowohl der Beschwerdeführer als auch die Beschwerdegegnerin gingen (implizit) übereinstimmend davon aus, dass bei der Prüfung der Kausalität die vom Bundesgericht im Zusammenhang mit Schleudertraumata der HWS entwickelte Rechtsprechung, wonach bei einem diagnostizierten Schleudertrauma der HWS und beim Vorliegen eines für diese Verletzung typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ängstlichkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen ist, vorliegend keine Anwendung findet (BGE 117 V 359 E. 4b). Dies zu Recht, geht doch aus den Akten nicht hervor, dass im massgebenden Beurteilungszeitpunkt beim Beschwerdeführer besagtes typisches buntes Beschwerdebild gegeben gewesen wäre. Die Prüfung der natürlichen Kausalität hat deshalb nach den allgemeinen Regeln (vgl. E. 1.2-3) zu erfolgen. Nicht zur Anwendung gelangt damit auch die vom Bundesgericht entwickelte «Schleudertraumapraxis» (BGE 134 V 109) zur Beurteilung der adäquaten Kausalität.

4.4.4 Festzuhalten ist sodann, dass lediglich die Kausalität der Kopfschmerzen des Beschwerdeführers strittig ist. Dass auch zwischen den aktenkundigen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 3. April 2004 ein Kausalzusammenhang besteht, machte der Beschwerdeführer nicht geltend. Die Beschwerdegegnerin erwog im Übrigen zutreffend, dass die Kausalität der psychischen Beschwerden ohnehin zu verneinen wäre (Urk. 9 S. 10 f. Ziff. 15.6, S. 12 f. Ziff. 18.8). Auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist deshalb nachfolgend nicht näher einzugehen.

4.4.4 Offen bleiben kann schliesslich die Frage, ob die formlose Einstellungsmitteilung der Beschwerdegegnerin vom 8. Februar 2005 (Urk. 10/23) rechtsbeständig geworden ist, da es vorliegend so oder anders die gleiche strittige Frage zu beurteilen gilt, nämlich ob die vom Beschwerdeführer heute geklagten Kopfschmerzen in rechtsgenügendem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 3. April 2004 stehen.

E. 3

3.1.4 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

4.4.4 Nach dem Unfallereignis vom 3. April 2004 suchte der Beschwerdeführer am 6. April 2004 seinen damaligen Hausarzt, Dr. med. Z.____, Innere Medizin FMH, auf, welcher am 28. April 2004 berichtete (Urk. 10/2). Als Diagnosen nannte er eine HWS-Distorsion nach Auffahrkollision (Ziff. 5). Er führte aus, der Beschwerdeführer habe sofort nach dem Unfall Nackenschmerzen verspürt. In der

Folge sei es dann auch zu Schmerzen beim Drehen des Kopfes und ebenso bei Reklination und Inklination gekommen. Der Beschwerdeführer habe schon vor dem Unfall häufige Kopfschmerzen gehabt, zeitweilig migräneartig. Jetzt habe er vermehrt Kopfschmerzen. Bei der Untersuchung am 6. April 2004 habe schmerzbedingt eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im HWS-Bereich beim Drehen nach rechts und bei Reklination bestanden. Bei der Röntgenuntersuchung habe sich eine HWS ohne traumatische Läsionen, jedoch eine leichte Spondylophytenbildung vor allem C6/7 gezeigt (Ziff. 4). Vom 6. bis 13. April 2004 sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig gewesen. Am 14. April 2004 habe er die Arbeit wieder voll aufgenommen (Ziff. 8). Mit einem Behandlungsabschluss könne in voraussichtlich ein bis zwei Wochen gerechnet werden (Ziff. 10).

3.2 Am 12. Juli 2004 erstattete Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Neurologie, welcher den Beschwerdeführer am 5. Juli 2004 erstmals untersucht hatte, einen Bericht (Urk. 10/7). Er führte aus, es bestehe ein Status nach Auffahrkollision als angegurterter Beifahrer am 3. April 2004 mit Zunahme der Häufigkeit einer vorbestehenden Migräne mit geringfügigem Zervikalsyndrom, wobei die Schmerzen von der oberen HWS nach frontal ausstrahlten. Die durchgeführten Abklärungen hätten eine Fehlform der Wirbelsäule, eine anteriore Spondylose C6/7 sowie eine diskrete mediane Protrusion C5/6 ergeben. Hinweise auf eine neurale Kompression hätten sich nicht gefunden. Im Bereich der Kopfgelenke beständen ziemlich erhebliche rotatorische Fehlstellungen C2 und C3 nach links als Ausdruck der ausgeprägten myofascialen Symptomatik (S. 3; vgl. Computertomogramm [CT] der HWS vom 7. Juli 2004 und CT der Kopfgelenke vom 9. Juli 2004, S. 2).

Am 13. Oktober 2004 berichtete Dr. A. ____, das am 21. September 2004 durchgeführte CT des Schädels habe einen normalen intracerebralen Befund ohne Kontrastmittel ergeben (Urk. 10/16 S. 2).

3.3 SUVA-Kreisarzt Dr. med. B. ____, Facharzt für Chirurgie, nahm am 10. Januar 2005 eine Beurteilung aufgrund der Akten vor (Urk. 10/22). Er führte aus, drei Monate nach der Auffahrkollision und nach Aufnahme der vollen beruflichen Tätigkeit seien ausgedehnte Abklärungen wegen bereits vorbestehenden Kopfschmerzen und Migräneattacken in die Wege geleitet worden. Die Untersuchungen würden aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik durchgeführt, welche aufgrund der festgelegten Diagnosen Spannungskopfschmerz und Migräne definitionsgemäss nicht auf ein Unfallereignis zurückzuführen seien. Schädeluntersuchungen hätten keine posttraumatischen Veränderungen ergeben. Die Abklärungen seien im Rahmen von Unfallfolgen nicht nachvollziehbar, krankheitsbedingte Abklärungen seien wegen der vorbestehenden Kopfschmerzsymptomatik und der neu auch verifizierten degenerativen Veränderungen der HWS aber wohl notwendig. Damit seien aus medizinischer und versicherungsmedizinischer Sicht die Abklärungen nach dem 5. Juli 2004 nicht auf das Unfallereignis vom 3. April 2004 zurückzuführen und höchstens als Unfallfolge einzuordnen (S. 1 unten). Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit am 14. April 2004 sei nicht mehr von Unfallfolgen auszugehen (S. 2).

3.4 Am 31. Mai 2005 berichteten die Ärzte des Universitätsspitals C. ____ (C. ____; Urk. 10/74), welche den Beschwerdeführer am 3. Juni 2005 im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde beurteilt hatten (S. 1 oben). Sie nannten folgende

Diagnosen (S. 4 Mitte):

- chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen
- Migräne ohne Aura
- leichtes zervikozephalisches Syndrom beidseits bei
- Fehlform und Fehllage der Wirbelsäule (Hyperkyphose obere Brustwirbelsäule [BWS], Kopfprotraktion)
- negative Veränderungen der HWS
- Status nach Auffahrkollision April 2004

Sie führten aus, klinisch sowie in dem im September 2004 durchgeführten Schädeld-CT finde sich kein Hinweis für eine symptomatische Kopfschmerzform. Im Weiteren dürfte eine zervikozephalische Komponente bei ungenügender Wirbelsäulenstatik und leichten degenerativen Veränderungen vorliegen. Diese Komponente sei jedoch als eher leicht einzustufen. Aus psychiatrischer Sicht finden sich eine subdepressive Stimmungslage und erhebliche psychosoziale Risikofaktoren, die erfahrungsgemäß Einfluss auf Kopfschmerzen vom Spannungstyp haben könnten, und deshalb mit einer spezifischen psychosomatischen Therapie behandelt werden müssten (S. 4 Mitte).

Die Ärzte der Klinik D., wo der Beschwerdeführer vom 8. August bis 6. September 2005 hospitalisiert war, erstatteten am 15. September 2005 einen Bericht (Urk. 10/27.4-5) und nannten folgende Diagnosen (S. 1 oben):

- chronischer Spannungskopfschmerz seit zehn Jahren
- Verschlechterung der Symptomatik im Rahmen eines Verkehrsunfalls im April 2004
- Migräne ohne Aura
- leichte depressive Episode

Sie führten aus, ihres Erachtens sei die deutliche Verschlechterung der Kopfschmerzsymptomatik im Rahmen der beruflichen Belastungen, der perfektionistischen Ansprüche und der chronischen Überforderung des Beschwerdeführers, die über die vorhandenen Ressourcen hinaus reichten, zu sehen. Durch den lang anhaltenden Verlauf der Kopfschmerzen bei beruflich verschlechterten Rahmenbedingungen und wirtschaftlich schwieriger Situation des Betriebes sei es im Rahmen des Verkehrsunfalls im April 2004 nochmals zu einer Verstärkung der vorbestehenden Problematik gekommen (S. 2 Mitte).

Am 6. Dezember 2006 berichtete Dr. med. E., welcher den Beschwerdeführer seit Februar 2005 hausärztlich betreut (vgl. Urk. 10/34.72 Ziff. 1), zu Händen des Krankentaggeldversicherers (Urk. 10/34.62). Er nannte im Wesentlichen folgende Diagnosen (Ziff. 1a):

- reaktiv depressive Entwicklung
- Erschöpfungsdpression mit Negativsymptomen
- chronische migräniforme Spannungskopfschmerzen
- Migräne ohne Aura, 0 bis 2 Mal pro Woche, vor allem im Winter

- schwere Einschränkungen im Alltag
- somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- leichtes zervikozephalales Syndrom beidseits
- Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule (WS); Hyperkyphose der oberen BWS
- degenerative Veränderungen der HWS 30. Mai 2005
- Status nach Auffahrkollision 3. April 2004
- HWS-Distorsion und posttraumatische Zephalaea
- posttraumatische neuropsychologische Defizite und depressive Verstimmung

Er führte aus, aktuell könne nur von einer Eskalation mit Aggravation gesprochen werden (Ziff. 1b). Der Beschwerdeführer werde psychiatrisch, physiotherapeutisch und analgetisch behandelt (Ziff. 1c). Seit dem 18. September 2006 sei er aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 3, Ziff. 7). Auf die SUVA-Ablehnung vom 5. Juli 2004 habe er mit Unverständnis reagiert. Er könne die Abläufe nicht verstehen und sei enttäuscht und verzweifelt. Trotz seiner Bemühungen um Weiterführung der Arbeit sei ihm vom Arbeitgeber per 1. Oktober 2006 gekündigt worden (Ziff. 4).

Am 20. Februar 2007 erstattete Dr. med. F. ____, FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie einen Bericht im Auftrag des Krankentaggeldversicherers (Urk. 10/34.54-56). Er nannte folgende rheumatologische Diagnose (S. 3 Mitte):

- persistierende myofasciale Triggerpunktbildung parazervikal, Schultergürtelregion und Musculus infraspinatus, jeweils rechts bei
- beginnenden degenerativen Veränderungen, ohne Diskushernie
- chronifizierten Kephalgien, gemischt im Sinne einer vasomotorischen Spannungskopfschmerz-Komponente, Triggerpunkt-fortgeleitet rechts parietal und anamnestisch Migräne ohne Aura (Diagnose gemäss C. __)

Er führte aus, die chronifizierte, vorwiegend zephal lokalisierte Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers setze sich aus drei Komponenten zusammen: Nebst einer vasomotorischen Spannungskopfschmerz-Komponente bestehe eine zeitweise fortgeleitete, triggerpunktbedingte, parietal rechts lokalisierte Komponente, die der Beschwerdeführer dann wahr nehme, wenn er Nackenverspannungen rechts habe, und schliesslich eine Migräne-Komponente (S. 3 unten). Die degenerativen Veränderungen an der HWS seien nicht ausgeprägt (S. 4 oben). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt, weder angestammt noch angepasst. Die lange Arbeitsunfähigkeit sei wahrscheinlich vorwiegend durch die depressive Entwicklung begründet. Es sei schwierig, eine Kopfschmerzsymptomatik von einer depressiven Symptomatik abzugrenzen, da diese beiden Bereiche ineinander spielten. Er gehe davon aus, dass auch die Kephalgien zu einem erheblichen Teil in Zusammenhang mit der psychosozialen Belastungssituation ständen und gebessert werden könnten, wenn der Beschwerdeführer wieder eine feste Anstellung hätte (S. 5 f. Ziff. 3).

3.8. SUVA-Kreisarzt Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, berichtete am 22. Januar 2008 (Urk. 10/43). Er führte aus, die medizinische Aktenlage zeige, dass sich seit der Beurteilung durch Dr. B. ____, vom 10. Januar 2005 (vorstehend E. 3.3) keine neuen Elemente ergeben hätten, die eine Revision dieser Stellungnahme nötig machen würden. Im Verlauf des Jahres 2006 habe der Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode durchgemacht mit einer Akzentuierung der somatischen Beschwerden, was nicht durch pathologisch-anatomische Veränderungen zu erklären sei, sondern durch die veränderte Perzeption der Beschwerden im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung. Dies habe sich wieder beruhigt. Die Kopfschmerzsymptomatik sei vorbestehend. Eine richtungsweisende Verschlimmerung lasse sich aufgrund der objektiven Daten mit rascher Wiederaufnahme der Arbeit und Intensivierung sowie vertiefter Abklärung erst Monate nach dem Geschehen nicht postulieren (S. 2).

3.9. Am 26. September 2008 erstatteten die Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik, C. ____, ein neurologisches Gutachten zu Händen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (Urk. 10/76). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 9 Mitte):

- Migräne ohne Aura
- deutliche Frequenzzunahme nach HWS Schleudertrauma am 3. April 2004
- Medikamentenmissbrauchskopfschmerzen bei Triptanmissbrauch
- phänotypisch teilweise spannungstypkopfschmerzartig

Sie führten aus, die Frage nach dem Grad der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Zeit nicht beantworten zu können, da die Ausprägung und Auswirkung der zugrundeliegenden primären Erkrankungen (in diesem Fall: vorbestehende Migräne ohne Aura sowie möglicherweise - zumindest initial - zervikogene Schmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht korrekt eingeschätzt werden könnten, da diese durch den Medikamentenmissbrauchskopfschmerz maskiert würden. Der Beschwerdeführer sei vor dem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma vom 3. April 2004 bei langjähriger vorbestehender Migräne ohne Aura mit 1 bis 2 Attacken pro Monat zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Nach dem Unfall sei eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei deutlicher Akzentuierung der Kopfschmerzen mit depressiver Entwicklung gefolgt (S. 9 f. Ziff. 2).

3.10. In ihrem Bericht vom 1. Juli 2009 (Urk. 10/73) nannten die Ärzte der Neurologischen Klinik des C. ____, wo der Beschwerdeführer vom 23. Juni bis 7. Juli 2009 stationär hospitalisiert war, als Diagnosen chronische Spannungskopfschmerzen sowie eine episodische Migräne mit und ohne Aura (S. 1 Mitte). Sie führten aus, aktuell hätten sich weder anamnestisch noch während der stationären Behandlung Hinweise für einen Medikamentenmissbrauchskopfschmerz gefunden. Die aktuellen, meist belastungsabhängigen Kopfschmerzen könnten somit nicht im Rahmen eines Medikamentenmissbrauchskopfschmerzes erklärt werden. Eine erneute Beurteilung durch die Kollegen der Rheumatologie habe eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit als mögliche Ursache der Dauerschmerzen bestätigt (S. 3 Mitte).

3.11. Dr. med. H. ____, Fachärztin für Neurologie FMH, SUVA-Versicherungsmedizinerin, erstattete am 11. März 2010 eine neurologische

Beurteilung (Urk. 10/77). Sie führte aus, unmittelbar nach dem Unfall seien Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten. Somit seien die Kriterien der International Headache Society (IHS) für akute posttraumatische Kopfschmerzen erfüllt, da der Kopfschmerz innerhalb der geforderten sieben Tage nach dem Trauma aufgetreten sei. Die Kopfschmerzen unmittelbar nach dem Unfall könnten als unfallkausal beurteilt werden, es habe demnach eine unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustands vorgelegen. Die Unfallkausalität für die akuten posttraumatischen Kopfschmerzen sei gegeben (S. 5 Mitte). Zehn Tage nach dem Unfall habe der Beschwerdeführer die Arbeit zu 100 % wieder aufgenommen und einen Monat nach dem Unfall sei es ihm gemäß Hausarzt gut gegangen, ohne Auftreten weiterer neurologischer Symptome (vgl. Urk. 10/3). Strukturelle Veränderungen lägen nicht vor, jedoch seien verschiedentlich psychiatrische Diagnosen gestellt worden. Bei der Chronifizierung der Kopfschmerzen seien in diesem Fall ätiologisch mehrere Faktoren zu erwägen: Medikation, muskuläre Dysbalance, depressive Stimmungslage, gesundheitlicher Vorzustand, ungünstige psychosoziale Situation. Mit Verweis auf medizinische Literatur führte Dr. H. ___ weiter aus, nach einer leichten HWS-Distorsion seien erfahrungsgemäß keine invalidisierenden Beschwerden zu erwarten. Die Verschlimmerung einer vorliegenden Migräne durch ein HWS-Trauma sei möglich. In der Regel könne eine unfallbedingte, zeitlich befristete Verschlimmerung einer vorbestehenden Migräne während einer Dauer von maximal 6 bis 12 Monaten angenommen werden. Der Beschwerdeführer habe seiner angestammten Arbeit trotz Zephalaea bis zur Kündigung im Jahr 2006 zu 100 % nachgehen können. Dies spreche gegen eine richtungsgebende Verschlimmerung des Gesundheitszustands durch HWS-Distorsion. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands, die nach der Kündigung im Jahr 2006 aufgetreten sei, sei auf die sich ungünstig entwickelnde psychosoziale Situation und die sich dadurch zuspitzenden Beschwerden vor allem psychischer Art und nicht auf die HWS-Distorsion vom Jahr 2004 zurückzuführen. Der Unfall vom 3. April 2004 habe somit lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung der vorbestehenden Kopfschmerzen bewirkt (S. 5 unten).

3.12.2 Am 20. September 2010 erstatteten Dr. med. I. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. J. ___, Neurologie FMH, ein Gutachten im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 13/3). Sie führten aus, aus neurologischer Sicht bestehe ein linksbetontes oberes mäßig bis mittelstark ausgeprägtes Zervikalsyndrom mit in diesem Rahmen zervikogen getriggerten Kopfschmerzen im Sinne einer Migraine cervicale sowie ein leicht bis mäßig ausgeprägtes mittleres in etwa symmetrisches Zervikalsyndrom bei Zustand nach Halswirbelsäulendistorsion am 3. April 2004 sowie degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen und vorbestehender Migräne mit und ohne Aura (S. 20 unten). Im neurologischen Teilgutachten führte Dr. J. ___ aus, es sei davon auszugehen, dass es durch den Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu richtungsweisenden Veränderungen von Vorzuständen gekommen sei; einerseits bestehe eine vorbestehende Spondylose C6/7, andererseits seien beim Beschwerdeführer seit der Kindheit Kopfschmerzen bekannt, diese seien im Sinne einer Migräne mit und ohne Aura zu klassifizieren (S. 11 Mitte). Bei eindeutig abgrenzbaren klinischen Befunden anhand der aktuellen neurologischen Untersuchung und auch entsprechenden Untersuchungen im Rahmen der Voruntersuchungen könne der Argumentation der SUVA-Neurologin (vgl. E. 3.11) nicht gefolgt werden. Es sei sicherlich richtig, dass der seelische Zustand des Beschwerdeführers die Wertigkeit der körperlichen Beschwerden in nicht unerheblichem Masse mitpräge und auch soziale Faktoren eine Rolle spielen

kännen; der Umstand aber, dass er sich bis zur Kündigung trotz erheblicher Beeinträchtigung durchgebissen habe, könne ihm nicht zum Vorwurf gemacht werden, sondern spreche im Gegenteil, wie dies auch in verschiedenen Berichten von Voruntersuchungen erwähnt werde, für seine hohe Motivation, seine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Möglichen umzusetzen. Auf die Dauer habe er seine Arbeitsfähigkeit nicht auf 100 % halten können. Nach dem Zeitpunkt der Hospitalisation in der Klinik D. ___ ab dem 6. September 2005 habe er seine Arbeit auf 50 % reduzieren müssen, was dann dazu geführt habe, dass ihm schlussendlich die Stelle gekündigt worden sei. Durch den Unfallmechanismus selber komme es zu einem zusätzlichen Auslösemechanismus der Kopfschmerzen bei eindeutig abgrenzbarem zervikogenem Trigger, wie dies auch verschiedentlich in den Unterlagen erwähnt sei, mit Kopfschmerzen, welche von den vorbestehenden Kopfschmerzen klar abgegrenzt werden können (S. 12 f.). Sämtliche Faktoren berücksichtigend sei davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden könne, dass der Unfall zumindest im Sinne einer Teilursache zu einer richtungsweisenden Veränderung des Vorzustandes geführt habe (S. 13 oben).

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass weder mittels der drei Tage nach dem Unfallereignis durchgeführten Röntgenuntersuchung der HWS vom 6. April 2004 noch den im Juli und Oktober 2004 angefertigten CT der HWS, der Kopfgelenke und des Schädels traumatische Läsionen objektiviert werden konnten (E. 3.1-2). Im Januar 2005 hielt SUVA-Kreisarzt Dr. B. ___ explizit fest, die Schädeluntersuchungen hätten keine posttraumatischen Veränderungen ergeben (E. 3.3). Die durchgeführten Untersuchungen brachten indes eine Fehlform und Fehllage der Wirbelsäule sowie leichte degenerative Veränderungen im Bereich der HWS des Beschwerdeführers zum Vorschein (E. 3.2, E. 3.4, E. 3.7).

4.2 Den medizinischen Berichten ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 3. April 2004 unter chronischen Spannungskopfschmerzen und Migräne gelitten hatte (E. 3.1-3, E. 3.5, E. 3.8-9, E. 3.11-12, vgl. auch Urk. 10/75). Damit ist davon auszugehen, dass bei ihm ein krankhafter Vorzustand (vgl. E. 1.3) bestand, was im Übrigen unbestritten ist (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 11). Dokumentiert und unbestritten ist des Weiteren, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 3. April 2004 vermehrt unter Kopfschmerzen leidet beziehungsweise die Migräneattacken zugenommen haben (E. 3.1, E. 3.2, E. 3.5, E. 3.9).

4.3 Während SUVA-Versicherungsmedizinerin Dr. H. ___ zum Schluss gelangte, dass sich der beim Beschwerdeführer bestehende Vorzustand zwar unfallbedingt verschlimmert habe, die Verschlimmerung jedoch nur vorübergehender Natur gewesen sei (E. 3.11), war Dr. J. ___ der Auffassung, das Unfallereignis vom 3. April 2004 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer richtungsweisenden Veränderung des Vorzustandes geführt (E. 3.12).

4.4 Dr. H. ___ stützte ihre Beurteilung auf die Vorakten (Urk. 10/77 S. 1-4), legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und begründete unter Verweis auf die diversen im Zusammenhang mit der Chronifizierung in Betracht zu ziehenden Ursachen - welche bereits auch in anderen Berichten thematisiert worden waren (vgl. E. 3.1-2, E. 3.4-7, E. 3.9-10) - sowie einschlägige medizinische Literatur in

nachvollziehbarer und schlüssiger Weise, weshalb im Fall des Beschwerdeführers spätestens 6 bis 12 Monate nach dem Unfall nicht mehr von einem verschlimmerten Vorzustand ausgegangen werden konnte. Einleuchtend ist auch ihre Einschätzung, wonach der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits kurz nach dem Unfallereignis seine Arbeit wieder aufgenommen und ihr bis zur Kündigung im Jahr 2006 - mithin rund zwei Jahre - zu 100 % nachgegangen ist, gegen eine richtungsgebende Verschlimmerung seines Gesundheitszustands spricht. Sodann ist festzuhalten, dass auch die Ärzte des C., Neurologische Klinik und Poliklinik, im September 2008 davon ausgingen, dass die zervikogenen Schmerzen des Beschwerdeführers lediglich initial auf das kraniozervikale Beschleunigungstrauma zurückzuführen waren (E. 3.9). Gestützt auf die Einschätzung durch Dr. H. kann deshalb davon ausgegangen werden, dass der status quo sine spätestens ein Jahr nach dem Unfall vom 3. April 2004 erreicht war und die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Kopfschmerzen nicht mehr auf dieses Ereignis zurückgeführt werden können.

4.4 Nicht zu überzeugen vermag demgegenüber die abweichende Einschätzung durch Dr. J. Anhand seiner Ausführungen kann seine Schlussfolgerung, wonach der krankhafte Vorzustand des Beschwerdeführers durch das Unfallereignis vom 3. April 2004 überwiegend wahrscheinlich richtungsgebend verändert beziehungsweise verschlimmert worden sei, nicht nachvollzogen werden. Insbesondere leuchtet nicht ein, inwiefern aus dem Umstand, dass er in seiner klinisch-neurologischen Untersuchung die Beschwerden des Beschwerdeführers im Rahmen des Möglichen objektivieren konnte - wobei er insbesondere eine Druck- und Klopfdolenz im Bereich der oberen HWS, Druckdolenz über den linksseitigen hochzervikalen Facettengelenken, aber auch einen Muskelhartspann im Schulter-Nackengebiet linksbetont erheben konnte (Urk. 13/3 S. 11 unten) - auf eine auf den Unfall zurückzuführende richtungsgebende Verschlimmerung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers geschlossen werden kann. Soweit Dr. J. ausführte, dass es durch den Unfallmechanismus selber zu einem zusätzlichen Auslösemechanismus der Kopfschmerzen bei eindeutig abgrenzbarem zervikogenem Trigger komme, ist zu bemerken, dass auch Dr. H. und nicht zuletzt auch die Ärzte des C., Neurologische Klinik und Poliklinik, davon ausgingen, dass der Unfall zumindest initial zu einer Verschlimmerung der Kopfschmerzen geführt hat. Dr. H. begründete indes wie dargelegt (E. 4.3) in nachvollziehbarer Weise, weshalb die Verschlimmerung nur vorübergehender Natur war, wohingegen es der gegenteiligen Einschätzung durch Dr. J. an einer nachvollziehbaren Begründung fehlt.

5. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Kopfschmerzen nicht mehr überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 3. April 2004 stehen, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- Rechtsanwältin Barbara Klett
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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.