

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00374 vom 10. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00374](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00374)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00374 du 10 janvier 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00374 del 10 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 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 (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).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.3 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



altersentsprechendes Cerebrum ohne traumatische intra- oder extrazerebrale Läsionen.

2.4 Dr. D., Chiropraktor SCG/EUC, diagnostizierte am 14. Juni 2005 (Urk. 13/M16) ein zervikospondylogenes Syndrom nach HWS-Distorsion bei Facettengelenksirritation C2/3 links, bei schweren tiefzervikalen degenerativen Schäden, bei Gleitinstabilität ohne radikuläre Komponente. Er berichtete von seit dem Unfall deutlich gehäuftem Nackenbeschwerden und bifrontalen Kopfschmerzen, welche sich bis zum praktisch konstanten Dauerschmerzzustand chronifiziert hätten.

2.5 Die operierenden Ärzte Dr. med. E., Spezialarzt FMH für Chirurgie, speziell Handchirurgie, (Handgelenk) und PD Dr. med. F., FMH Orthopädische Chirurgie, (Schulter) berichteten am 19. Dezember 2005 (Urk. 13/M25) und 3. Mai 2006 (Urk. 13/M35) über gute Heilungsergebnisse ohne relevante Einschränkungen bei voller Arbeitsfähigkeit bezogen auf die operierten Körperpartien und erachteten keine weiteren Behandlungen mehr als erforderlich. Am 2. Mai 2007 (Urk. 13/M43) wurden die Platten an der Ulna sowie am Metacarpale I bei klinischem und radiologischem Durchbau entfernt.

2.6 Am 14. August 2006 (Urk. 13/M40) hatte Dr. med. G., Spezialarzt FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, ein Gutachten zu Händen der Beschwerdeführerin erstattet. Gestützt auf die Vorakten (S. 1 ff.) sowie eine Untersuchung vom 14. August 2006 (S. 1) erwähnte er als aktuell geklagte Leiden Kopfschmerzen und Ermüdungszustände sowie gewisse Nackenbeschwerden. Mit einer diagnostischen Facetteninfiltration C2/3 hätten die zervikalen Beschwerden deutlich von den Kopfschmerzen abgegrenzt werden können. Röntgenbilder der unteren HWS zeigten massive degenerative Veränderungen, vor allem der Segmente C5/6 und C6/7, welche wie auch die entsprechenden Spondyl- und Unkovertebralarthrosen keinesfalls innerhalb eines halben Jahres auftreten würden. Die segmentale Instabilität C4/5 sei ebenfalls klar degenerativ bedingt. Das Unfallgeschehen habe wohl beschwerdeauslösend gewirkt, heute sei aber der Status quo sine erreicht, so dass im Bereich der HWS kaum mehr von unfallkausalen Beschwerden gesprochen werden könne (S. 25 f.). Bezüglich zervikovertebraler Beschwerden (unter Ausklammerung der postcommotionellen Beschwerden) attestierte er wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 6.1-6.3).

2.7 In neurologischer Hinsicht untersuchte Dr. med. H., Facharzt FMH für Neurologie, den Beschwerdeführer am 13. und 27. September 2006 (S. 1). Im Gutachten vom 22. Dezember 2006 (Urk. 13/M41) führte er aus, der Beschwerdeführer habe sich anlässlich des Unfalls sicher eine milde traumatische Hirnschädigung (Commotio cerebri) zugezogen. Die erlittenen Skelettverletzungen seien teilweise operativ angegangen worden bei gutem Heilverlauf, Beschwerden von dieser Seite seien keine mehr vorhanden. Hingegen beständen noch jetzt immer Kopfschmerzen und Erschöpfungszustände, daneben Schmerzen im Nacken-Hinterkopf. Auch wenn in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine Ausfälle nachgewiesen werden konnten und auch das EEG normal sei, könne kein Zweifel daran bestehen, dass die Kopfschmerzen im Stirnbereich unfallkausal seien. Ein derartiges Trauma sei durchaus geeignet, solche Beschwerden zu verursachen. Diese seien zwar mit einer gewissen Latenz nach dem Unfall in den Vordergrund getreten, in den ersten Wochen und Monaten habe der Beschwerdeführer indes die Skelettverletzungen kuriert und sich damit weitgehend geschont. Gleiches gelte für die Erschöpfungszustände, welche im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen zu sehen seien. Eigentliche bleibende neuropsychologische Beeinträchtigungen seien nicht

anzunehmen, könnte er doch in guten Phasen seine Tätigkeit qualitativ einwandfrei ausführen (S. 4).

Die Schmerzen im Nackenbereich seien überwiegend auf die degenerativen Veränderungen der HWS zurückzuführen und damit nicht als unfallkausal anzusehen. Diese spielten in der Genese der Kopfschmerzen im Stirnbereich keine messbare Rolle. Auch gebe es keine Anhaltspunkte für eine zervikale radikuläre oder zervikale medulläre Schädigung (S. 5).

Dr. H.\_\_\_\_ empfahl die Weiterführung der chiropraktischen Behandlung bei günstigem Einfluss auf die Stirnkopfschmerzen, eine medikamentöse Basisbehandlung sowie eine spezifische Behandlung in einem Kopfwehzentrum (S. 8 Ziff. 7.1).

Die Ärzte des Kopfwehzentrums der Klinik I.\_\_\_\_ berichteten am 4. Juli 2007 (Urk. 13/M46) über ihre Untersuchung vom selben Tag und diagnostizierten einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz sowie einen Verdacht auf eine zusätzliche Komponente eines zervikogenen Kopfschmerzes bei schweren, mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS (S. 1). Die frontalen Kopfschmerzen interpretierten sie als chronisch posttraumatisch. Inwiefern die nuchalen Beschwerden posttraumatisch beziehungsweise auf degenerative Veränderungen zurückzuführen seien, lasse sich nur schwer quantifizieren. Bei unauffälligem Neurostatus und typischer Anamnese erachteten sie anderweitige sekundäre Ursachen der Beschwerden als unwahrscheinlich, weshalb weitergehende Untersuchungen nicht indiziert seien. Die Ärzte empfahlen in therapeutischer Hinsicht verschiedene medikamentöse Ansätze (S. 2 Mitte.).

PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt, Leiter Abteilung Kopfweh und Schmerz, Neurologische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums K.\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_), berichtete am 25. Juni 2008 (Urk. 13/M52) über die Untersuchung vom selben Tag und diagnostizierte einen Status nach Commotio cerebri, einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz bei leichter Kopfverletzung, eine Migräne ohne Aura (posttraumatisch aufgetreten) sowie einen Verdacht auf Medikamentenmissbrauchskopfschmerz (S. 1). Er thematisierte die pharmakologische Therapie und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (S. 3 f.).

Am 6. April 2009 (Urk. 13/M55) berichtete PD Dr. J.\_\_\_\_ bei unveränderter Arbeitsunfähigkeit von weiterhin tagesgleichen, mindestens leichtgradigen Kopfschmerzen samt Exazerbationen mit Einschränkung der alltäglichen Aktivitäten an etwa 50 bis 60 % der Tage.

### **E. 2.10.1**

Am 5. Mai 2010 erstatteten die Ärzte der B.\_\_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin angeforderte Gutachten (Urk. 13/M58). Sie stützten sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (S. 3 ff.), die Untersuchungen vom 12. November 2009 (chirurgisch und neurologisch), 26. November 2009 und 26. Februar 2010 (neuropsychiatrisch) und 26. November 2009 (rheumatologisch), ein neu angefertigtes MRI des Neurocraniums vom 15. März 2010 (S. 51 f.) sowie die Konsensbesprechung vom 29. April 2010 (S. 2).

### **E. 2.10.2**

Die Gutachter hielten in chirurgischer/traumatologischer/rheumatologischer Hinsicht fest, von Seiten der Claviculafraktur (trotz Pseudarthrose im weiteren Verlauf), der Ulnafraktur,

der linken Daumen- und auch der linken Metatarsalefraktur sei der Beschwerdeführer weitestgehend beschwerdefrei; jedenfalls seien diesbezüglich keine nennenswerten Einschränkungen ersichtlich. Der Beschwerdeführer werde einzig von Nackenschmerzen geplagt, die er auf den Unfall zurückschreibe, da er vorher beschwerdefrei gewesen sei. Die radiologischen und klinischen Abklärungen hätten indes ergeben, dass an der HWS vor dem Unfall ein wesentlicher Vorzustand mit degenerativen Veränderungen bestanden habe. Dagegen seien radiologisch keinerlei unfallkausale strukturelle Veränderungen festgestellt worden. Relevante strukturelle Verletzungen im HWS-Bereich als Folge des Unfalls seien deshalb mit praktischer Sicherheit auszuschliessen. Eine Traumatisierung der HWS ohne strukturelle Läsion heile in aller Regel innerhalb von drei bis höchstens sechs Monaten vollständig und residuenfrei ab. Beim primären Fehlen von wesentlichen Nackenbeschwerden unmittelbar nach dem Unfall habe das Trauma bei der radiologisch festgestellten Situation keine richtungweisende, sondern lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung bewirkt. Die entsprechenden Beschwerden ständen heute nur noch in möglichem unfallkausalem Zusammenhang (S. 58).

### **E. 2.10.3**

Aus neurologischer Sicht verwiesen die Ärzte auf fehlende Hinweise auf Hirnparenchymläsionen in den durchgeführten MRI-Untersuchungen des Kopfes. Aktenkundig hätten anfänglich leichte und mit einer Latenz von ungefähr fünf Monaten subjektiv erhebliche Kopfschmerzen bestanden. Sie interpretierten die Kopfschmerzen als Spannungskopfschmerz links hinten und rechts vorne, was annehmen lasse, dass eine zervikogene Genese wahrscheinlich sei, zumal erhebliche degenerative Veränderungen der HWS festgehalten worden seien. Aus neurologischer Sicht seien die Kopfschmerzen nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, sondern im Zusammenhang mit dem Vorzustand zu sehen. Als andere Problematik verwiesen sie auf geklagte Erschöpfungszustände, welche gemäss den Akten und dem Kopfschmerzprotokoll des Beschwerdeführers im Vordergrund ständen (S. 59 unten f.).

### **E. 2.10.4**

Aus neuropsychiatrischer Sicht verneinten die Experten bei gutem bis überaus gutem Leistungsprofil bei den Tests sowohl retrospektiv als auch aktuell das Vorliegen einer psychopathologischen Diagnose. Sie führten aus, die dokumentierte Erschöpfung erfülle phänomenologisch die wichtigsten Diagnosekriterien einer Neurasthenie, wobei es sich etiologisch um eine unspezifische Störung handle. Eine Störung auf Grundlage der erlittenen Hirntraumatisierung erscheine als unwahrscheinlich (S. 61).

2.10.5 Zusammenfassend diagnostizierten die Gutachter - nebst den bekannten organischen, mittlerweile abgeheilten Schädigungen - einen Status nach diagnostiziertem postcommotionellem Syndrom, mittelhoch-frequente Spannungskopfschmerzen mit zervikogener Triggerung bei degenerativen Veränderungen der HWS, einen Verdacht auf eine Neurasthenie, eine mögliche minimale bis höchstens leichte kognitive Beeinträchtigung sowie einen Status nach offenbar seit Jahren inaktiver rheumatoider Arthritis, anamnestisch eher Verdacht auf reaktive Arthritis (S. 63). Sie verwiesen auf die im Vordergrund stehenden Kopfschmerzen und Erschöpfungszustände, aufgrund welcher Beschwerden dem Beschwerdeführer

zuletzt während längerer Dauer eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestiert worden sei. Obwohl in den Akten - wie auch vom Beschwerdeführer aktuell angegeben - die Kopf- und Nackenschmerzen sowie Erschöpfungszustände als miteinander im Auftretensmuster koinzidierende Probleme dokumentiert worden seien, ergebe sich diesbezüglich insbesondere aufgrund des seit Jahren geführten Kopfwehprotokolls ein anderes Bild: Gemäss diesem handle es sich nicht um chronische, sondern intermittierende Kopfschmerzen, welche abgesehen von ganz vereinzelt Tagen, an welchen sie in einer höchstens mittelhohen Stärke auftraten, von sehr geringer Intensität seien. Die Kopfschmerzen entsprächen am ehesten Spannungskopfschmerzen mit zervikogener Triggerung (ausgelöst durch bestimmte Bewegungen des Kopfes) bei vorbestehenden, starken degenerativen Veränderungen der HWS. Das Kopfwehprotokoll deute ferner darauf hin, dass die Erschöpfung für den Beschwerdeführer ein wichtigeres Problem darstelle, welches nicht von der Intensität der Kopfschmerzen abhängig sei und oft sogar ohne Schmerzsymptome auftrete. Diese Erschöpfungszustände erfüllten die wichtigen Kriterien der Neurasthenie, welche phänomenologisch an das postcommotionelle Syndrom erinnere, welches beim Beschwerdeführer diagnostiziert worden sei. Indessen finde sich beim Beschwerdeführer kein Schwindel, welcher in 90 % der Fälle angegeben werde. Dafür, dass es sich heute nicht überwiegend wahrscheinlich um ein postcommotionelles Syndrom handle, spreche insbesondere das Ergebnis der neuropsychologischen Testung (S. 62). Da die Neurasthenie ätiologisch unspezifisch sei, könne diese Störung im Besonderen auch bei psychosozialen Belastungen auftreten. Diesbezüglich biete sich beim Beschwerdeführer als mögliche Ursache, dass es im Jahr 2006 zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit dem langjährigen Arbeitgeber gekommen sei. Die Experten gingen zusammenfassend davon aus, dass die aktuellen Beschwerden nur möglicherweise (60 %) und nicht überwiegend wahrscheinlich (40 %) auf den Unfall zurückzuführen seien (S. 62 f.).

2.11 Am 13. August 2010 (Urk. 13/M60) kommentierte PD Dr. J. \_\_\_\_, mittlerweile Leitender Arzt Neurologie, Leiter akutnahe Neurorehabilitation, RehaClinic, das B. \_\_-Gutachten und führte aus, die Experten hätten sich bei der Diagnose Spannungskopfschmerzen mit zervikogener Triggerung auf keinerlei praxisgemässe Kriterien bezogen. Spannungsartige Kopfschmerzen würden unter Fachleuten als primäre Kopfschmerzen bezeichnet, das heisse, sie kämen vom Gehirn und nicht von einer Läsion. Die vorliegenden Beschwerden erfüllten diese Kriterien nicht, sondern, folge man der Argumentation der Gutachter, seien sekundär, nämlich durch die Läsionen der HWS verursacht, was ein Widerspruch sei. Im Gegenteil erfüllten die vom Beschwerdeführer beschriebenen Kopfschmerzen die Kriterien chronischer posttraumatischer Kopfschmerzen nach leichter Kopfverletzung (S. 1 f.).

Zur thematisierten Neurasthenie brachte PD Dr. J. \_\_ vor, nach Einschätzung der Gutachter seien nur die wichtigsten, nicht aber alle Kriterien erfüllt. Sodann werde nicht klar, welche Kriterien gemeint seien (S. 2).

2.12 In seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2010 (Urk. 13/M61) führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, aus, er könne die Klassifizierung von PD Dr. J. \_\_ nicht unterstützen. Es handle sich vorliegend um einen primären Kopfschmerz, der mit Nackenverspannungen einhergehe

(wie sehr oft) und wesentliche Merkmale von Spannungskopfschmerzen aufweise (S. 1). Sodann wies er darauf hin, dass die Kopfschmerzen bei degenerativ bedingten Veränderungen der HWS einen fluktuierenden Verlauf zeigten, wie dies auch die Gutachter der gusto eingeschätzt hätten. Zwar zählten eine zervikale Spondylose und Osteochondrose nicht zu den akzeptierten Läsionen, welche die Diagnose von zervikogenen Kopfschmerzen erlaubten. Dass diese jedoch Kopfschmerzen verursachen könnten, welche meist im Sammelbegriff "spannungstypartige Kopfschmerzen" zusammengefasst würden, entspreche klinischer Erfahrung. Schliesslich sei anzufügen, dass die anfänglich bloss leichten Kopfschmerzen nach rund fünf Monaten erheblich ausgeprägt gewesen seien, welche Zunahme mit einer unfallkausalen Schädigung nicht zu erklären sei (S. 2).

2.13 In ihrer Stellungnahme vom 17. August 2011 (Urk. 17) zur Gutachterskritik von PD Dr. J. führten die Gutachter der B. zur thematisierten Kopfschmerzdiagnose aus, nach den Kriterien der IHS (International Headache Society) sei die gewählte Diagnose (Kopfschmerz vom Spannungstyp) zu verwenden, wenn myofasziale Tenderpunkte die Kopfschmerzen verursachten, was vorliegend der Fall sei (Nackermuskulatur). Im Gutachten werde sodann bewusst nicht von zervikogenem Kopfschmerz gesprochen, obschon eine solche Diagnose nicht auszuschliessen sei, zumal eine Facettenblockade C2/3 zu einer eindeutigen Besserung nicht nur der Nacken-, sondern auch der Kopfschmerzen geführt habe (S. 2). Der von PD Dr. J. verwendeten Diagnose "posttraumatischer Kopfschmerz" hielten sie entgegen, dass ein Kopfschmerz erst mehrere Wochen nach dem Unfall angegeben worden sei und damit nicht als posttraumatisch bezeichnet werden könne. Nach der IHS-Klassifikation werde ein Auftreten von Kopfschmerzen innerhalb von sieben Tagen gefordert, um diese als posttraumatisch bezeichnen zu können (S. 3 unten). Erschwerend komme hinzu, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall ab und zu über eine "typische Migräne" und - etwas seltener - über "gewöhnliches Kopfweg" geklagt habe. Diese Arten von Kopfweg schienen beim Beschwerdeführer verschwunden zu sein. Im Besonderen sei es bei der Migräne bekannt, dass diese im Alter einer phänomenologischen Wandlung unterliege und sich durchaus als Spannungskopfschmerz manifestieren könne (S. 3 unten f.).

Zur Kritik an der Diagnosestellung der Neurasthenie führten die Gutachter aus, es sei zutreffend, dass nicht ausdrücklich spezifiziert worden sei, dass die Kopfschmerzen im Rahmen der Neurasthenie tatsächlich dem Spannungstyp entsprechen. Damit erübrige sich weitgehend die Diskussion um die Phänomenologie der Kopfschmerzen (S. 4).

2.14 In seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2011 (Urk. 24) kritisierte PD Dr. J. die Ausführungen der B.-Gutachter zu den Kopfschmerzen nicht mehr substantiiert unter dem Hinweis, dass diese nun mit Hilfe der geforderten Klassifikation diagnostisch betrachtet worden seien (S. 1). Zur Thematik der Neurasthenie hielt er an seiner Kritik fest, dass die entsprechenden Kriterien subjektiv gewichtet worden seien (S. 2 Mitte). Zusammenfassend hielt er an seiner bisherigen Auffassung fest (S. 2 unten).

### E. 3

3.1 Die Parteien gingen betreffend Kausalitätsprüfung übereinstimmend von der Anwendbarkeit der Schleudertraumapraxis aus (Urk. 2 S. 8 f. Ziff. 2.6 und Urk. 1 S.

11 ff. Ziff. 11), wobei der Beschwerdeführer - entgegen der Beschwerdegegnerin - seine Kopfschmerzen als organischen Befund qualifizierte und damit die Kausalität ohne weiteres als gegeben erachtete. Dabei stellte er - an anderer Stelle - indes das Vorliegen eines HWS-Traumas in Frage (Urk. 1 S. 10 Mitte).

3.2 Das Bundesgericht bringt die erwähnte Rechtsprechung nur dann zur Anwendung, wenn einerseits ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert wurde, und im fraglichen Zeitpunkt nicht bloss ein singuläres Beschwerdeklagen, sondern im Gegenteil das praxisgemässe bunte Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Äbelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vorliegt (BGE 134 V 109 E. 6.2.1).

3.3 Vorliegend fehlt es bereits an der (in nachvollziehbarer Weise gestellten) Diagnose einer HWS-Distorsion. Weder die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals M. (E. 2.1) noch die nachfolgend beurteilende Neurologin Dr. C. gingen von einer Solchen aus (E. 2.3). Erstmals findet sich die Diagnose einer HWS-Distorsion im Bericht des Chiropraktors Dr. D. vom 14. Juni 2005 (E. 2.4), wobei sich keine Begründung hierfür findet. Auch die begutachtenden Dr. G. und Dr. H. stellten ebenso wenig die Diagnose einer HWS-Distorsion (Urk. 13/M40 S. 24 und Urk. 13/M41 S. 6 Ziff. 4) wie die übrigen Ärzte (E. 2.8-2.9 und E. 2.12). Soweit die B.-Gutachter eine HWS-Distorsion thematisierten (Urk. 13/M58 S. 58 Mitte), so bezog sich dies einzig auf Verneinung allfälliger knöcherner Verletzungen, da solche innerhalb von drei bis sechs Monaten abheilten. Bei dieser medizinischen Aktenlage kann demgemäss nicht von der gesicherten Diagnose einer HWS-Distorsion ausgegangen werden.

Ferner genügt eine leichte Commotio cerebri, wie sie vorliegend dokumentiert ist, nicht zur Annahme eines Schädel-Hirntraumas (als äquivalente Verletzung) mit Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgerichts U 285/05 vom 22. März 2006 E. 3.2.1 mit Hinweis).

3.4 Weiter kann vorliegend auch nicht von einem im Sinne der Rechtsprechung diffusen Beschwerdebild gesprochen werden. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Mai 2010 klagte der Beschwerdeführer nurmehr über Kopfschmerzen samt Erschöpfungszuständen und finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die weiteren praxisgemässen Beschwerden vorlagen. Ein Schwindel wurde von den B.-Gutachtern explizit ausgeschlossen (E. 2.10.5), was unbestritten geblieben ist. Eine reduzierte Merkfähigkeit wurde von Dr. C. im Jahr 2004 geschildert (E. 2.3), nicht aber eigentliche Konzentrations- und Gedächtnisstörungen mit Krankheitswert. Eine Ermüdbarkeit wurde zuletzt im Jahr 2006 erwähnt (so zuletzt von Dr. G. und Dr. H., E. 2.6-2.7), nicht mehr aber im Jahr 2010. Die übrigen Beschwerden wie Äbelkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung wurden zu keinem Zeitpunkt ärztlich festgestellt.

3.5 Damit sind die einzig noch vorliegenden Kopfschmerzen sowie damit zusammenhängende Erschöpfungszustände grundsätzlich anhand der allgemeinen unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsregeln zu beurteilen.

#### E. 4.1



und die getroffene Qualifikation namentlich auch nicht als einzig richtige Würdigung bezeichnet, sondern die fehlende Kausalität lediglich als zu 60 % wahrscheinlich geschildert (E. 2.10.5). Dies spricht - entgegen der Annahme des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7 Ziff. 8 unten) - gerade für den Beweiswert des Gutachtens.

4.2 Auch Dr. L. \_\_\_ erachtete diese Einschätzung als zutreffend. Hierbei leuchtet namentlich der Hinweis ein, dass der Beschwerdeführer anfänglich nur leichte Kopfschmerzen thematisierte und die Zunahme derselben nach einer Latenzzeit von fünf Monaten gegen eine unfallkausale Schädigung sprechen (E. 2.12).

4.3 Demgegenüber erweist sich die Gutachtenskritik von PD Dr. J. \_\_\_ als nicht schlüssig: Währenddem er in seiner ersten Stellungnahme von 13. August 2010 vorweg die Begründung der getroffenen Diagnosen bemängelte (E. 2.11), akzeptierte er die (nachträglich) gutachterlichen Ausführungen am 21. Oktober 2011 und brachte keine substantiierte Kritik mehr an. Dass er trotzdem an seiner bisherigen Auffassung festhielt (E. 2.14), kann insofern mangels entsprechender Begründung nicht nachvollzogen werden.

In medizinischer Hinsicht fehlt den Einschätzungen von PD Dr. J. \_\_\_ (auch derjenigen vom 25. Juni 2008, E. 2.9) jedwede nachvollziehbare Begründung für das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs. Insbesondere mangelt es an einer kritischen Auseinandersetzung mit den fehlenden bildgebenden Befunden, den Vorzuständen des Beschwerdeführers an der HWS sowie dem Umstand, dass er bereits vor dem Unfall unter (sporadischen) Migräneanfällen gelitten hat. Damit aber verkommt die Kausalitätsbeurteilung des PD Dr. J. \_\_\_ im Wesentlichen zur Figur *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). Dies genügt für die Annahme eines Kausalzusammenhangs indessen rechtsprechungsgemäss nicht (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb).

4.4 Aus den übrigen medizinischen Akten lässt sich nichts anderes entnehmen: Wohl sprachen einige Ärzte von posttraumatischen (so die Ärzte des Kopfwehzentrums, E. 2.8) oder gar unfallkausalen (Dr. H. \_\_\_, E. 2.7) Kopfschmerzen, jedoch handelt es sich dabei um Beurteilungen von gut drei Jahren vor der Leistungseinstellung und findet sich auch in diesen Beurteilungen keine detaillierte Auseinandersetzung mit den übrigen möglichen Ursachen. Dr. H. \_\_\_ verwies diesbezüglich wohl auf die überlange Latenzzeit der Kopfwehklagen, erachtete aber die Schonung im Rahmen der Heilung der Skelettverletzungen als Grund hierfür. Dies erscheint indes als blosser Hypothese und jedenfalls nicht als nachvollziehbare Begründung für fünf Monate nach dem Unfall noch bestehende Kopfschmerzen.

4.5 Von weiteren neurologischen Abklärungen - wie sie der Beschwerdeführer eventualiter beantragt (Urk. 1 S. 2) - sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, zumal kein einziger Arzt objektive Befunde nennen konnte und solches auch nicht behauptet wurde. Zur ledigen Interpretation der feststehenden Umstände im Sinne einer allfällig zugunsten des Beschwerdeführers abweichenden *second opinion* rechtfertigen sich keine weiteren Beweissmassnahmen.

4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei Fehlen von organischen Unfallfolgen im Kopfbereich aufgrund der gesamten Umstände, namentlich der langen Latenzzeit sowie der vorbestehenden degenerativen HWS-Veränderungen samt Migräneepisoden mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Mai 2010 weder die Kopfschmerzen noch die damit zusammenhängenden Erschöpfungszustände in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall standen.

Demgemäss erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtmässig, 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 Dr. Daniel Richter
  - Fürsprecher Martin Bürkle
  - 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.