

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00208**

## **vom 6. Januar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00208](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00208)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00208 du 6 janvier 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00208 del 6 gennaio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Gemäss Art.

#### **E. 1.2**

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art.

#### **E. 1.3**

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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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 blosse 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).

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger

Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

#### **E. 1.4**

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 177 E. 3.2, 405 E.

2.2, 125 V 456 E.

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 109 E. 2.1).

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 gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für

psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E.

3b, 122 V 415 E.

2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten

Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S.

409 E.

3b, 1998 Nr. U 272 S.

173 E.

4a; BGE 117 V 359 E.

5d/ aa und 367 E. 6a) .

### **E. 1.5**

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 351 E. 3a , 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrem Einspracheentscheid ( Urk. 2) die Einstellung ihre Leistungspflicht ab 31. Juli 2011 damit, dass der Endzustand der Unfallfolgen erreicht sei und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne (S.

### **E. 3**

und Ziff.

#### **E. 3.1**

Nach dem Unfall vom 25. April 2007 wurde der Beschwerdeführer erstmals bei Hausarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, am 30. April 2007 untersucht ( Urk. 7/M4 ). Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma ( Ziff. 5) und hielt als Befund ausgeprägte Verspannungen im Nackenbereich fest, wobei der Röntgenbefund (vgl. Urk. 7/M5) der Halswirbelsäule (HWS) und der Brustwirbelsäule (BWS) keine ossären posttraumatischen Verletzungen ergeben hätte ( Ziff. 4). Es sei ein Analgesie und Physiotherapie sowie eine rheumatologische Beurteilung veranlasst worden ( Ziff. 7) . Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Mai bis 17. Juni 2007 und danach eine von 50 % ( Ziff. 8-10).

#### **E. 3.2**

).

Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen sind im Rahmen dieses

Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C\_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fanden nebst medikamentöser Schmerzbehandlung eine Chiropraktiktherapie

sowie Physiotherapie statt. Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden kann, wenn auch nicht in ausgeprägter Form, als erfüllt betrachtet werden. Der Beschwerdeführer klagte durchwegs über Nacken- und Rückenschmerzen (vorsehend E. 3.1-4, E. 3.6-7). Den noch konnte er indessen ärztliche Termine wahrnehmen und arbeitete seit dem 22. Oktober 2007 wieder im ursprünglichen Pensum.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer jederzeit adäquat behandelt, an jeweilige Spezialisten überwiesen und umfassend medizinisch betreut. Lediglich eine beabsichtigte Kräftigungstherapie (vorstehend E. 3.4) musste abgebrochen werden.

Zum Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer vom 7. Mai bis 12. Juni 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde. Danach war er bis zum 22. Oktober 2007 zu 50% arbeitsunfähig und arbeitete anschliessend wieder in seinem gewohnten Pensum von 100%. Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesenen Anstrengungen lag demnach nicht vor. 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den

genannten Kriterien lediglich das Kriterium der erheblichen Beschwerden – aber nicht in ausgeprägter Form –

als erfüllt erachtet werden kann, womit die Kriterien nicht in gehäufte Weise gegeben sind, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 25. April 2007 und den über den 31. Juli 2011 hinaus geklagten, organisch nicht im Sinne der Rechtsprechung hinreichend nachweisbaren Beschwerden, zu verneinen ist.

6.

Aufgrund des Gesagten ist bei dieser Sachlage die Leistungseinstellung der Beschwerdeführerin per 31. Juli 2011

nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfy - Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schucan

### **E. 3.3**

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seinem Verlaufsbericht vom

3. September 2007 ( Urk. 7/M6)

aus, es bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % , welche mittelfristig gesteigert werden dürfte. Nach der rheumatologischen Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) sei eine schmerzmodulierende Therapie begonnen worden, welche eine deutliche Stabilisierung des Zustandes gebracht habe. Der Beschwerdeführer fühle sich nach einem halben Tag Arbeit nicht mehr derart müde und habe auch deutlich weniger Schmerzen. Falls in den nächsten zwei bis drei Wochen die Arbeitsfähigkeit nicht gesteigert werden könne, sei eine Überweisung an einen Psychiater zur Beurteilung der Situation geplant. Es sei über dies ein Versuch mit Craniosacraltherapie gestartet worden.

Am 4. Oktober 2007 ( Urk. 7/M7) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, es sei in den letzten zwei Wochen zu einer deutlichen Verbesserung der Situation gekommen und unter Craniosacraltherapie und neuer Medikation habe sich eine deutliche Stabilisierung der Situation gezeigt. Bei diesem doch nun positiven Verlauf habe er auf eine Weiterweisung des Beschwerdeführers zu einem Psychiater verzichtet. Er plane anlässlich der nächsten Konsultation mit dem Beschwerdeführer den Zeitpunkt für eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit festzulegen. Falls dies nicht möglich sei, werde er den Beschwerdeführer psychiatrisch beurteilen lassen.

In seinem Verlaufsbericht vom 12. Dezember 2007 ( Urk. 7/M8) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, es sei unter Weiterführung der physiotherapeutischen Behandlung und medikamentöser Therapie in steigender Dosierung zu einer weiteren Stabilisierung des Zustandes des Beschwerdeführers gekommen. Seit dem 22. Oktober 2007 sei dieser wieder zu 100 % arbeitsfähig. Nach wie vor bestünden eine rasche Ermüdbarkeit und sehr wechselnde Rücken- und Nackenschmerzen.

Am 29. Oktober 2008 ( Urk. 7/M11) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, es bestünden nach wie vor sehr wechselhafte bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen. Die Beschwerden könnten mit Physiotherapie (einmal wöchentlich) einigermaßen

kontrolliert werden. Der Beschwerdeführer nehme bei Bedarf Schmerzmittel. Seit dem 22. Oktober 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

In seinem Verlaufsbericht vom 13. Mai 2009 ( Urk. 7/M12) berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ , dass es nach einem über Monate hinweg einigermaßen stabilen Verlauf seit Anfang März 2009 ohne Auslöser zu einer Exazerbation der Nackenschmerzen gekommen sei ( Ziff. 2). Weshalb es dazu gekommen sei, sei unklar, wobei er davon ausgehe, dass diese Probleme innert kurzer Zeit mit Physiotherapie wie der deutlich gebessert werden könnten ( Ziff. 4). Es sei seit Monaten zu keiner Arbeitsunfähigkeit gekommen ( Ziff. 5) .

### **E. 3.4**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und für Rehabilitation, führte in seinem Bericht vom 23. April 2008 (Urk. 7/M9) aus, dass der Beschwerdeführer arbeite seit Oktober 2007 wieder zu 100 % und sei dabei am Limit. Vor allem abends fühle er sich sehr müde und es stelle sich eine extreme Nackensteifigkeit ein. Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, seine Untersuchungen hätten ein ausgeprägtes myofaszielles Schmerzsyndrom mit deutlicher Triggerpunktbildung ergeben. Die HWS-Beweglichkeit sei praktisch in allen Richtungen frei, jedoch liessen sich Schmerzpunkte von der mittleren HWS bis zum thorako-lumbalen Übergang nachweisen. Durch eine gezielte Kräftigung der autochthonen Rücken- und Nackenmuskulatur könnten diese Beschwerden gelindert werden. Es bestehe eine ausgesprochene

Dekonditionierung nach dieser langen Leidenszeit (S. 1).

Am 25. Juni 2008 (Urk. 7/M10) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass die Therapie habe vorerst eingestellt werden müssen, da der Beschwerdeführer insbesondere wenig direktes Training der Halsmuskulatur ertragen habe und auch die myofasziale

Schmerzausbreitung im Bereich des thorakolumbalen Übergangs unter dem Training wieder etwas zugenommen habe. Er habe sich deshalb entschlossen, die Kräftigungstherapie vorerst einzustellen und dafür die Craniosacraltherapie weiterzuführen.

Die medizinische Kräftigungstherapie sei in etwa drei Monaten wieder aufzunehmen. Die momentane Arbeitsfähigkeit liege bei 100 %.

### **E. 3.5**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, der Neurologe Dr. med. C.\_\_\_\_, führte in seiner Aktenbeurteilung

zuhanden der Beschwerdegegnerin

vom 15. September 2010 (Urk. 7/M13) aus, bereits im Juli 2007 seien die Befunde nicht mit dem natürlichen Verlauf einer unkomplizierten HWS-Distorsion vereinbar gewesen und müssten retrospektiv auf sehr wahrscheinlich unklare Mechanismen zurückgeführt werden (S. 4 Mitte). Auch sei die Anamnese des Beschwerdeführers hinsichtlich früherer langer dauernder Schmerzen und Behinderungen nach Verletzungen, respektive einer vorbestehenden Migräne, auffällig. Bereits früher - besonders nach der Verrenkung des rechten Fusses - habe weder die Dauer noch das Ausmass der Beschwerden durch die Verletzung erklärt werden können (S. 4 unten).

Wahrscheinlich sei der Verlauf der Beschwerden nach der HWS-Distorsion –

vor allem eine leichte Verletzung bezogen auf den ersten Arztbesuch Tage nach dem Ereignis - das Resultat einer Schmerzsensibilisierung, die vor dem Unfall von 2007 angefangen habe und eine Verzögerung des natürlichen Verlaufs erkläre, jedoch keine Beschwerdezunahme. Die Beschwerdezunahme im Mai 2009 lasse sich nicht als Teil des natürlichen Verlaufs erklären. Der Status quo sei damals spätestens erreicht gewesen. Das Andauern der Beschwerden - selbst auf geringem Niveau als vor der Schmerzverstärkung im Mai 2009 - entspreche dem natürlichen Verlauf einer Schmerzkrankheit, beispielsweise Fibromyalgie, wo bei dieser Diagnose beim Beschwerdeführer bislang klinisch nicht gestellt worden sei und aufgrund der vorhandenen

Angaben auch aktenmässig nicht gestellt werden könne (S. 5 oben).

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 20. Januar 2011 (Urk. 7/M15) aus, er habe den Beschwerdeführer am 28. Dezember 2010 wegen seiner chronischen Nackenschmerzen nach einem Autoauffahrunfall im Jahr 2007 in seiner Praxis gesehen (S.

1). Klinisch imponiere die Schmerzprovokation durch nahezu alle Bewegungen, vor allem in Reklination. Auch palpatorisch reagiere der Beschwerdeführer links wie rechts sehr empfindlich, distal und proximal sowie dorsal über den Dornfortsätzen und paravertebral.

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer gebe keine Ausstrahlungen in die Arme an und es seien keine sensomotorischen Defizite erkennbar. Er habe dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass angesichts der diffusen Schmerzproblematik keine schmerztherapeutischen Interventionen indiziert seien. Über allfällige psychische Begleiterkrankungen, die möglicherweise das klinische Bild überlagerten, könne er keine Angaben machen. Er wisse aber, dass bei diesen diffusen Schmerzen die interventionelle Diagnostik zu keinem wegweisenden Resultat führe. Es blieben nur die von Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E.

### **E. 3.7**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, führte am 22. November 2011 (Urk. 7/M17) aus, die Hauptproblematik bei diesem Beschwerdeführer seien nach wie vor die Schmerzen, welche sich cervical und cervico-occipital lokalisierten, mit ausgeprägter Einschränkung der Beweglichkeit der HWS (S.

3 Mitte).

Die durchgeführte CT-Untersuchung der Kopfgelenke habe Fehlstellungen C1 und C2 am cervico-cranialen Übergang bei schmerzbedingter muskulärer Dysbalance mit Kippung von C1 und C2 nach links und Steilstellung nach links, inklusive der Kopfhaltung gezeigt. Angesichts des klinischen und radiologischen Befundes der Kopfgelenke erscheine die Schmerzreaktion des Beschwerdeführers nachvollziehbar, zumal er auch von der gezielten Ultraschallbehandlung profitiere. Diese sollte weiterhin durchgeführt werden mit Zentrierung auf die suboccipitale Muskulatur und der nuchalen Muskelansätze. Die Migräne habe laut Beschwerdeführer durch den Unfall nicht zugenommen, jedoch, da bis anhin nicht neurologisch beurteilt und fachspezifisch behandelt, sollte diese nun mit Basis- und Akutbehandlung angegangen werden. Der Beschwerdeführer benötige eine myotonolytische und schmerzdisanzierende Behandlung (S. 3 unten).

Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, bei der Beurteilung von HWS-Distorsionen seien individuelle Gegebenheiten zu berücksichtigen, wobei die segmentale Lokalisation eine wichtige Rolle spiele, wovon auch der Behandlungserfolg wesentlich abhängt. Für ihn sei nicht verwunderlich, dass der Beschwerdeführer auf die Kräftigungstherapie mit Schmerzen reagiert habe und durch die verzögerte Heilung auch in seiner Psyche beeinträchtigt worden sei. Er betrachte deshalb den Endzustand als nicht erreicht, da weitere therapeutische Ansätze vorhanden seien, welche eine nachhaltige Besserung nicht ausgeschlossen erscheinen liessen. Als weitere Massnahme zur Detonisierung der suboccipitalen Muskulatur könnten auch Infiltrationen mit Lokalanästhetika suboccipital, eventuell auch Botoxbehandlungen oder gezielte Infiltrationen der Intervertebralgelenke (C2/3) eingesetzt werden

(S. 4) .

In seinem Bericht vom 9. Mai 2012 ( Urk. 7/M18) führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, durch eine ausgewogene therapeutische medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung, sowie durch die Entlastung durch einen Tag Arbeit in der Woche zu Hause ,

habe eine Stabilisierung der Situation erreicht werden können. Um diesen Behandlungserfolg aufrecht erhalten zu können , stehe der Beschwerdeführer weiterhin in seiner regelmässigen Behandlung. 4. 4.1

Zu prüfen ist vorweg, ob

von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustand des erwartet werden kann (vorstehend E. 1.2), mithin

ob diesbezüglich der Endzustand erreicht ist. 4.2

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5 ) führte nach seiner neurologischen Aktenbeurteilung vom September 2010 aus, der Status quo sei spätestens im Mai 2009 erreicht. Bereits zu Beginn seien die Befunde nicht mit dem natürlichen Verlauf einer unkomplizierten HWS-Distorsion vereinbar gewesen und seien retrospektiv wahrscheinlich auf unfallfremde Mechanismen zurückzuführen. Den Verlauf der Beschwerden sah Dr. C.\_\_\_\_ als Resultat einer bereits vorbestehenden Schmerzsensibilisierung und wies auch auf den ebenfalls nicht erklärbar

verzögerten Heilungsverlauf nach einer Verletzung

des oberen Sprunggelenkes im Februar 2004 (vgl. Urk. 7/ VM2) hin. Auch die Beschwerdezunahme im Mai 2009 sei nicht Teil des natürlichen Verlaufes gewesen.

Der schlüssigen Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ kann gefolgt werden. So zeichnete sich das von ihm beschriebene Bild bereits im Juli 2007 ab,

als

Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E.

## **E. 6**

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – so weit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt ( Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind , in die Versicherung einbeziehen ( Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden ( Abs. 3).

## **E. 8**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) hin verlässt ( Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario ; BGE 116 V 41 E. 2c).

## **E. 10**

ff.

Ziff. 6-7 ).

Der Status quo sine sei spätestens im Mai 2009 erreicht gewesen (S. 14 Mitte). Zudem sei die Adäquanz

zwischen dem Unfall vom April 2007 und den noch geklagten Beschwerden zu verneinen (S. 16 ff. Ziff.

### **E. 15**

-21). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe ohne weitere Untersuchungen einfach die Annahme getroffen, es sei keine namhafte Besserung der Beschwerden zu erwarten (S.

3 Ziff. 2). Effektiv hätten sich die Beschwerden inzwischen Dank der Therapien durchaus gebessert . Schon alleine die Tatsache, dass er inzwischen deutlich weniger Schmerzmedikamente einnehmen müsse, widerlege die Argumentation der Beschwerdegegnerin. Der Endzustand sei noch nicht erreicht , und die Heilbehandlung sei fortzusetzen und deren Kosten seien weiterhin von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (S. 3 Ziff. 3 ). Zudem sei die Adäquanzprüfung ohne vollständige und richtige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes erfolgt (S. 3 f. Ziff. 4). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung ( Juli 2011 ) hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin

besteht, mithin der Kausalzusammenhang zwischen den zu diesem Zeitpunkt noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 25. April 2007. 3.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.