

200 14 518 UV
SCI/REL/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. November 2014

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch B. _____

Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 25. April 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist seit dem 1. Januar 2009 bei der C. _____ als ... angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Antwortbeilage der SUVA [AB] 1). Am 30. September 2011 erfolgte durch den Arbeitgeber eine Schadenmeldung UVG, wonach der Versicherte am 20. August 2011 einen Kopfanprall am Kofferraumdeckel erlitten habe, worauf es einige Tage später zu einer Streifung (ischämischer Hirninfarkt) aufgrund eines Risses in der Schlagader (Dissektion der Arteria carotis interna) gekommen sei (AB 1 und AB 10).

Nach Einholen weiterer und insbesondere der zeitnahen medizinischen Unterlagen liess die SUVA die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Kopfanstoss und der Dissektion der Arteria carotis interna gegeben sei, durch den beratenden Arzt ihres Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin beurteilen. Gestützt auf die entsprechenden neurologischen Beurteilungen vom 11. Mai 2012 (AB 29) und vom 6. März 2013 (AB 58) verneinte die SUVA mit Verfügung vom 13. März 2013 (AB 59) ihre Leistungspflicht, da kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. August 2011 und der Gesundheitsschädigung der Halsschlagader gegeben sei. Dagegen erhob der Versicherte – vertreten durch die B. _____ – am 4. April (AB 63) Einsprache und reichte am 16. Mai 2013 ein Gutachten des Vertrauensarztes der B. _____ zu den Akten (AB 67). Die SUVA wies diese Einsprache – nach Einholen einer erneuten neurologischen Beurteilung der Versicherungsmedizin (AB 72) – mit Entscheid vom 25. April 2014 ab (AB 75).

Die vom Krankenversicherer gegen die Verfügung 13. März 2013 (AB 59) vorsorglich erhobene Einsprache (AB 60) war von diesem wieder zurückgezogen worden (AB 66).

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 25. April 2014 (AB 75) erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch die B. _____ – am 27. Mai 2014 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 25. April 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Es sei durch das Gericht ein Obergutachten durch Prof. Dr. med. D. _____, Spital E. _____ zu veranlassen.
3. Es wird zudem beantragt, das Honorar für die ärztlichen Gutachten des beratenden Vertrauensarztes der B. _____, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen bzw. bei der Bemessung der Parteientschädigung entsprechend zu berücksichtigen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. August 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist

gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 25. April 2014 (AB 75). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung und dabei insbesondere, ob der am 27. August 2011 erlittene Hirninfarkt in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 20. August 2011 steht.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die bloße Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

2.5 Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift aller-

dings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

3.

Zwischen den Parteien unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer am 20. August 2011 eine äussere Kopfwunde zugezogen hat, als ihn der Kofferraumdeckel eines Mietwagens beim Zufallen am Kopf getroffen hat. Seine diesbezüglichen Schilderungen sind konsistent. Zu Recht unbestritten ist damit, dass der Beschwerdeführer am 20. August 2011 einen Unfall im Rechtssinn erlitten hat (vgl. E. 2.1 vorstehend).

Gleichermassen zwischen den Parteien unbestritten und medizinisch belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 27. August 2011 einen Hirninfarkt erlitten hat (vgl. AB 34, AB 35 und AB 48). Dieser Hirninfarkt ist unbestrittenmassen durch eine Karotisstenose (Durchblutungsstörung [vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1070], bzw. Stenose: angeborene oder erworbene Verengung, Einengung von Hohlorganen oder Gefässen [PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 2016]) entstanden. Diese Verengung war wiederum auf eine Dissektion der Arteria carotis interna zurückzuführen. Bei einer arteriellen Dissektion handelt es sich um eine Aufspaltung der beiden arteriellen Gefässwandschichten Media und Intima (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 491), worauf eine Einblutung zwischen die beiden Schichten erfolgt.

Umstritten ist hingegen, ob die Dissektion der Arteria carotis interna – und damit folglich auch die Stenose und der daraus folgende Hirninfarkt – durch den Unfall vom 20. August 2011 verursacht wurde. Während der Beschwerdeführer davon ausgeht, dass der Unfall vom 20. August 2011 neben der äusseren Wunde am Kopf auch unbemerkt zu einer Dissektion der Arteria carotis interna geführt habe, was mit einer Latenz von einer Woche dann den Hirninfarkt bewirkt habe, macht die Beschwerdegegnerin geltend, dass einzig eine zufällige zeitliche Nähe zwischen dem Unfall und der Dis-

sektion der Arteria carotis interna, jedoch kein ursächlicher Zusammenhang bestehe.

Die hier zentral zu beantwortende Frage ist damit, ob der Unfall vom 20. August 2011 mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.4 hiervor) die auslösende (Teil-)Ursache der Dissektion der Arteria carotis interna war.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten hauptsächlich das Folgende entnehmen:

3.1.1 Die Erstbehandlung des Beschwerdeführers nach seinem Hirninfarkt erfolgte am 27. August 2011 am Urlaubsort (vgl. AB 34, AB 35 und AB 48). Zurück in der Schweiz erfolgte die Nachbehandlung ab dem 3. September 2011 im Spital E._____. Dessen Fachärzte diagnostizierten in ihrem Austrittsbericht vom 15. September 2011 (AB 37 S. 2 ff.) einen subakuten ischämischen Hirninfarkt im rechten Medialstromgebiet und Thalamus bei Dissektion der Arteria carotis interna und eine Migräne *ohne* Aura. Beim Beschwerdeführer mit bekannter Migräne *mit* Aura sei es eine Woche nach einem heftigen Kopfanprall zu einer passageren Gefühlstörung des linken Gesichts und der linken Körperseite mit Gangunsicherheit gekommen (S. 2) und es hätten mit einem nach Strokeprotokoll vorgeschriebenen MRI des Schädels die frischen Ischämien im rechten Thalamus und am rechten Medialstromgebiet bestätigt und eine Dissektion der Arteria carotis interna rechts im extrakraniellen Verlauf nachgewiesen werden können (S. 3). Im Bereich der Dissektion sei es kernspintomographisch zu einer mittelgradigen (50 % bis 70 %) Stenose der Arteria carotis interna gekommen. Ursächlich für die arterio-arterielle embolischen Infarkte im Rahmen einer Dissektion der rechten Arteria carotis interna sei wahrscheinlich der Kopfanprall eine Woche zuvor. Ähnliche, oft relativ blande Traumata seien in der Anamnese von Dissektionspatienten häufig zu erheben.

3.1.2 In der neurologischen Beurteilung vom 11. Mai 2012 (AB 29) führte Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, aus, dass eine Dissektion der hirnzuführenden arteriellen Gefässe spontan (bei einer bestehenden Gefässwandschwäche) oder bei Unfällen mit Krafteinwirkung auf den Kopf

oder die Halswirbelsäule auftreten könne. Die häufigste Ursache sekundärer traumatischer Hirninfarkte bei leichten Kopfverletzungen seien Dissektionen der Arteria carotis interna und/oder der Arteria vertebralis. Dabei führten stumpfe Traumen im Bereich der Halsgefässe zu einem Einriss der Intima mit sekundärem Gefässverschluss und Ausbildung einer Dissektion. Die Bildung einer Gefässstenose könne zu einer sekundären zerebralen Embolie mit Hirninfarkt führen, wobei sich die Lokalisation der Dissektion und die Lokalisation des Hirninfarktes von traumatischen und spontanen Dissektionen nicht wesentlich unterscheiden würden. Mit anderen Worten könne allein aus der Tatsache der Dissektion kein Rückschluss auf den Zusammenhang gezogen werden, weshalb zur Anerkennung einer traumatisch bedingten Dissektion im versicherungsmedizinischen Kontext eine typische klinische Symptomatik, ein typisches Trauma und ein typischer zeitlicher Verlauf vorliegen müssten. Als typische klinische Kriterien bei der Karotidissektion würden im Allgemeinen plötzlich einsetzende, halbseitige, in die Augenregion ausstrahlende Hals- bzw. Nackenschmerzen mit Horner-Syndrom sowie ein halbseitiger in den Hinterkopf oder die Schläfenregion ausstrahlender Kopfschmerz betrachtet. Typische Mechanismen einer traumatischen Dissektion seien die "Nicht-Alltäglichkeit" des angeschuldigten Traumas, eine abrupte Rotation und/oder Retroflexion des Kopfes, nicht jedoch Stauchungen der Halswirbelsäule oder ein seitliches Anschlagen des Kopfes. Als typische Traumata würden auch lokale direkte Krafteinwirkungen, zum Beispiel ein Faustschlag auf den Hals oder eine Strangulation durch den Sicherheitsgurt betrachtet. In Bezug auf den typischen zeitlichen Verlauf werde heute allgemein ein beschwerdefreies Intervall zwischen dem Ereignis und dem Auftreten neurologischer Symptome von Stunden bis Tagen, maximal zwei bis drei Wochen, und ein Intervall zwischen dem die Dissektion auslösenden Ereignis und dem sekundären Hirninfarkt von bis zu maximal drei Monaten akzeptiert. Da anhand der vorliegenden Dokumente die Kausalität der Dissektion der Arteria carotis interna rechts in Bezug auf das Ereignis vom 20. August 2011 nicht abschliessend beurteilt werden könne, seien noch die ärztlichen Berichte über die zeitnahe Behandlung am Urlaubsort einzuholen (S. 4).

In seiner neurologischen Beurteilung vom 6. März 2013 (AB 58) fasste Dr. med. F. _____ die neu eingelangten medizinischen Akten zusam-

men und rekonstruierte gestützt darauf den Unfallhergang, wonach der Beschwerdeführer am 20. August 2011 in aufrechter Körperposition hinter dem Auto mit geöffneter Heckklappe gestanden habe, als diese ihm plötzlich von oben auf die Stirn geprallt sei. Zu einem Sturz sei es dabei nicht gekommen, jedoch im Rahmen dieser „Kontaktverletzung“ am ehesten zu einer HWS-Stauchung (S. 3). Für einen Kausalzusammenhang der Dissektion der Arteria carotis interna zum Unfall vom 20. August 2011 spreche ausschliesslich, dass der bilddiagnostische Hinweis für eine stattgehabte Dissektion im zeitlichen Verlauf nach dem Unfall erbracht worden sei (S. 4). Allerdings sei der Befund zeitverzögert erst etwa 14 Tage später erhoben worden. Gegen den Kausalzusammenhang spreche, dass anlässlich der Versorgung im Spital am Urlaubsort nach akutem Auftreten einer Hemi-symptomatik links am 28. August 2011 in der Triplex-Sonographie der Halsgefässe keine Veränderungen der hirnzuführenden Gefässe, also auch der Arteria carotis interna rechts, nachweisbar gewesen seien. Darüber hinaus sei der Unfallmechanismus mit einem Kopfanprall einer Heckklappe an der Stirn und wahrscheinlich aufgetretener HWS-Stauchung nur fraglich geeignet, eine Dissektion zu verursachen. Eine typische klinische Symptomatik (plötzlich auftretende, halbseitige, in die Augenregion ausstrahlende Hals- bzw. Nackenschmerzen rechts) und typische Befunde (Horner-Syndrom rechts) zeitnah zum Unfall fehlten zudem in der medizinischen Dokumentation. Hingegen sei beim Beschwerdeführer mit der Hypercholesterinämie ein Risikofaktor für ein unfallunabhängiges zerebrovaskuläres Ereignis bekannt. Zusammengefasst sei abgestützt auf die zur Verfügung stehende medizinische Dokumentation und Abwägung der Argumente ein Kausalzusammenhang zwischen der am 3. September 2011 diagnostizierten Dissektion der Arteria carotis interna rechts zum Unfall vom 20. August 2011 lediglich möglich. Allein abgestützt auf den zeitlichen Verlauf und mit der „post hoc ergo propter hoc“-Argumentation könne der Kausalzusammenhang nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden (S. 5).

3.1.3 Der beratende Vertrauensarzt der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie, fasste in seiner ärztlichen Beurteilung vom 12. Mai 2013 (AB 67 S. 3 ff.) die vorliegenden medizinischen Akten zusammen und führte zusammenfassend aus, dass

beim Beschwerdeführer keine krankhaften prädisponierenden Faktoren für eine Dissektion der Arteria carotis interna hätten gefunden werden können, hingegen ein Trauma des Kopfes mit einer Verletzung an der Stirn und entsprechend hyperextensorisch einwirkenden Kräften, die zum Einriss der inneren Gefässwandschicht geführt hätten (S. 12). In der Folge sei es zu einem langstreckigen intramuralen Hämatom mit einer Einengung der Arteria carotis interna, Anlagerung von thromboembolischem Material und einem konsekutiven Hirninfarkt gekommen. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und der traumatischen Dissektion der Arteria carotis interna und dem konsekutiven Hirninfarkt sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der Verfügung vom 13. März 2013 (AB 59) bzw. im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. April 2014 (AB 75) auf die Beurteilungen des Neurologen ihres Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin Dr. med. F. _____ vom 11. Mai 2012 (AB 29) bzw. vom 6. März 2013 (AB 58) gestützt. Die medizinisch-theoretischen Ausführungen von Dr. med. F. _____ zum Gesundheitsschaden wie auch den Zusammenhängen zwischen der Dissektion, der Stenose und dem Hirninfarkt sind nachvollziehbar und überzeugen, so dass darauf abgestellt werden kann (vgl. E. 3.2 vorstehend). Diese Ausführungen werden auch von Dr. med. G. _____ in seinem Bericht vom 12. Mai 2013 (AB 67 S. 11) nicht grundsätzlich bestritten, sondern vielmehr sogar bestätigt. Dr. med. F. _____ führt im Weiteren zu Recht aus, dass gemäss der medizinischen Lehre im Zusammenhang mit Hirninfarkten – und insbesondere auch bei den durch eine Dissektion der Arteria carotis interna verursachten Stenosen – verschiedenste Ursachen möglich sind und diese durch eine Vielzahl von Risikofaktoren mitbestimmt werden (AB 29 S. 3). So wird ein Zusammenhang zu gewissen heftigen und „nicht-alltäglichen“ Traumen wie zum Beispiel einem Faustschlag auf den Hals (beispielsweise beim Boxen) oder einer Strangulation durch den Sicherheitsgurt hergestellt, wohingegen bei allein leichten Traumen gesicherte Erkenntnisse zum Zusammenhang fehlen (vgl. UNIV.-PROF. DR. DR. MED. ERICH BERND RINGELSTEIN [federführend], „Dissektion hirnvorgender supraaortaler Arterien“, Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie [ÖGN] und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [DGN], 2008, S. 5 f.). Dies erscheint durchaus nachvollziehbar, treten doch täglich bei einer grossen Zahl von Personen Retroflexionen oder Rotationen milderer wie gar auch heftiger Form auf, ohne dass dies zur Dissektion der Arteria carotis interna führen würde. Insoweit ist es deshalb möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass bei einer Retroflexion des Kopfes eine Dissektion der Arteria carotis interna auftritt. Gleichzeitig wurden von der medizinischen Lehre verschiedenste andere Ursachen, die auch ohne Trauma zu einer Dissektion der Arteria carotis interna oder vertebralis führen können, ausgemacht: Neben genetischen Faktoren werden auch Umweltfaktoren wie Migräne, Infektion oder vaskuläre Risikofaktoren als

mögliche Trigger für einen Endothelschaden und somit eine Dissektion der Halsarterien genannt (vgl. BIEDERMANN/SOJER/STOCKNER/SPIEGEL/SCHMIDAUER, „Dissektionen der Arteria carotis interna und vertebralis: Ursachen, Symptome, Diagnostik und Therapie“ in „Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie“, 2/2007, S. 8 f. „Pathogenese“; RINGELSTEIN, „Dissektion hirnersorgender supraartoraler Arterien“, a.a.O., S. 4 f.; RINGELSTEIN [federführend], „Spontane Dissektionen der extrakraniellen und intrakraniellen hirnersorgenden Arterien“, Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, DGN, 2012, S. 3).

Die Latenz zwischen der Dissektion und dem Hirninfarkt kann sehr unterschiedlichen ausfallen (vgl. BIEDERMANN/SOJER/STOCKNER/SPIEGEL/SCHMIDAUER, a.a.O., S. 10 „Klinische Manifestation“ mit Hinweisen) und auch eine Spontanheilung ist möglich.

3.3.2 Der exakte Zeitpunkt der Entstehung der Dissektion der Arteria carotis interna bzw. der daraus folgenden Entwicklung der Stenose kann im vorliegenden Fall medizinisch nicht festgelegt werden, da hinreichend zeitnahe Erhebungen (d.h. vom 20. August 2011) fehlen. Die von Dr. med. F. _____ aus der medizinischen Lehre zitierten Symptome, welche unmittelbar nach einer Dissektionen der Aorta carotis interna auftauchen können, wurden nicht erhoben. Ein direkter Beweis hinsichtlich der hier fraglichen Elemente der Kausalkette ist damit nicht möglich. Es stellt sich deshalb die Frage, ob mittels indirekten Beweises medizinisch-theoretisch die hinreichende Wahrscheinlichkeit der (Teil-)Verursachung der Dissektion der Arteria carotis interna durch ein Trauma bewiesen werden kann. Hierzu müssten andere alleinige bzw. zusammenwirkende Ursachen ausgeschlossen werden können. Dabei zu beachten gilt, dass das Sozialversicherungsrecht keinen allgemeinen Rechtsgrundsatz kennt, wonach im Zweifelsfalle zugunsten der versicherten Person zu entscheiden ist. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sind (ZAK 1983 S. 260 E. 2b sowie E. 2.4 vorstehend).

3.4

3.4.1 Gestützt auf die konsistente Schilderung des Unfalls vom 20. August 2011 durch den Beschwerdeführer ist davon auszugehen, dass bei einer Fahrzeughöhe von 1.60m der Kofferraumdeckel etwas überhöhend öffnet, so dass eine erwachsene Person darunter gerade aufrecht stehen kann. Sollte die von der Beschwerdegegnerin getroffene – im Übrigen vom Beschwerdeführer ebenfalls vertretene – Folgerung in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. August 2014 (am Ende von E. 6.5.2, S. 7 f.), wonach die Verletzung an der (seitlichen) Stirn des Beschwerdeführers durch den Schliessmechanismus des Kofferraums verursacht wurde, zutreffen, so ist davon auszugehen, dass die Heckklappe des Kofferraums eine Krafeinwirkung von leicht vorn und schräg oben gehabt hat, so dass eine leichte Retroflexion oder auch eine leichte Rotation des Kopfes nicht vollständig ausgeschlossen ist. Von einem eigentlichen „nicht-alltäglichen“ und heftigen Trauma mit abrupter Retroflexion oder Rotation, wie dies in der medizinischen Lehre als Voraussetzung postuliert wird, kann beim geschilderten Unfallhergang und der geringen Fallhöhe bis zum Auftreffen auf der (seitlichen) Stirn des aufrecht stehenden Beschwerdeführers hingegen nicht ausgegangen werden. Insbesondere fehlen für die Zeit danach – wie dies auch Dr. med. F. _____ in Übereinstimmung mit den Akten dargelegt hat (vgl. hierzu E. 3.3 vorstehend) – die bei einer traumatischen Dissektion der Arteria carotis interna häufig beobachteten Symptome wie ein plötzlich einsetzender, halbseitiger und in die Augenregion ausstrahlender Hals- bzw. Nackenschmerz mit dem Befund eines Horner-Syndroms zeitnah zum Unfall (vgl. AB 58 S. 4). Da hinsichtlich der Verursachung der Dissektion der Arteria carotis interna ein breites Feld an weiteren krankheits- bzw. anlagebedingten Möglichkeiten besteht, genügt ein zwar erstelltes, aber allein leichtes Trauma nicht, um bereits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dieses als (Mit-)Ursache für die Dissektion der Arteria carotis interna anzunehmen.

3.4.2 Von den in der medizinischen Studie von BIEDERMANN/SOJER/STOCKNER/SPIEGEL/SCHMIDAUER postulierten Risikofaktoren bzw. Ursachen, die eine Dissektion der Arteria carotis interna verursachen können (vgl. E. 3.3 vorstehend), konnte die Zugehörigkeit zu einer genetisch be-

dingten Risikogruppe beim Beschwerdeführer ausgeschlossen werden (vgl. AB 36). Hingegen wurden – entgegen der Auffassung von Dr. med. G. _____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 12. Mai 2013 (AB 67 S. 3 ff.) – verschiedene der weiteren möglichen (traumafremden) Faktoren bestätigt: So liegt beim Beschwerdeführer ein erhöhter Cholesterinwert vor und der Beschwerdeführer klagte bereits vor dem Unfall über Migräne (vgl. AB 37 S. 2 und AB 49). Zudem liegen entgegen Dr. med. G. _____ durchaus auch Hinweise für eine Arteriosklerose vor (vgl. Befunde für arteriosklerotische Plaques beim neurovaskulären Ultraschall vom 6. September 2011 [AB 37 S. 2]).

In seiner neurologischen Beurteilung vom 6. März 2013 (AB 58 S. 3 f.) hat Dr. med. F. _____ denn auch zu Recht die verschiedensten möglichen Ursachen für eine Dissektion der Arteria carotis interna diskutiert. Eine Kausalität zwischen dem Unfall vom 20. August 2011 und dem Hirninfarkt eine Woche später konnte er nicht ausschliessen. Angesichts der weiteren beim Beschwerdeführer vorliegenden Risikofaktoren hat er diese jedoch auch nicht als mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt bezeichnen können. Dass er auf die beim Beschwerdeführer vorliegende Risikofaktoren (AB 58 S. 4) hingewiesen hat, bedeutet denn auch nicht, dass er eine solche Ursache als erstellt betrachtet bzw. diese als mit Sicherheit erstellt betrachtet werden kann. Den entsprechenden Beweis muss die Beschwerdegegnerin jedoch auch nicht erbringen (vgl. E. 2.5 vorstehend). Ein hinreichend sicherer Schluss zu den Ursachen der Dissektion der Arteria carotis interna ist im vorliegenden Fall beim derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht möglich.

3.4.3 Damit muss es im vorliegenden Fall mit der Feststellung sein Bewenden haben, dass weder ein hinreichender direkter medizinischer Beweis für die Verursachung der Dissektion der Arteria carotis interna, der daraus folgenden Stenose und den schliesslich eingetretenen Hirninfarkt durch den Unfall vom 20. August 2011 besteht, noch aufgrund der mitwirkenden Unbekannten und Möglichkeiten hinsichtlich der Ursache der Dissektion der Arteria carotis interna ein indirekter Kausalitätsbeweis mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht werden kann. Letztlich haben auch die Fachärzte des Spitals E. _____ selbst unter Annahme

eines gravierenderen Traumas, als es hier erstellt werden kann, dieses allein als wahrscheinlich verantwortlich für die Dissektion der Arteria carotis interna bezeichnet (AB 37 S. 2).

3.4.4 Angesichts der sowohl von Dr. med. F. _____ (AB 29 und AB 58), wie auch von Dr. med. G. _____ (AB 67 S. 3 ff.) übereinstimmend dargelegten und durch die medizinische Lehre gestützte Sachlage mit breitem Ursachenspektrum bestehen keine Anzeichen dafür, dass weitere medizinische Sachverständige auf der Basis der bereits vollständig erhobenen Aktenlage einen hinreichenden Beweis (vgl. E. 2.4 vorstehend) dafür erbringen könnten, dass die Dissektion der Arteria carotis interna unmittelbar durch den Unfall vom 20. August 2011 verursacht wurde. Der Beweis für das Vorliegen einer (Teil-)Kausalität zwischen dem Unfall vom 20. August 2011 und der Dissektion der Arteria carotis interna kann nicht erbracht werden (antizipierte Beweismwürdigung ([vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162])). Dass der Unfall vom 20. August 2011 anderweitig ursächlich für den Hirninfarkt vom 27. August 2011 gewesen sein könnte, wird zu Recht nicht geltend gemacht.

4.

Nach dem hiervor Ausgeführten lässt sich ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. August 2011 und der Dissektion der Arteria carotis interna, welche in der Folge zu einer Stenose und diese am 27. August 2011 zu einem Hirninfarkt führte, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellen, weshalb jegliche diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ausgeschlossen ist. Die mit Einspracheentscheid vom 25. April 2014 (AB 75) bestätigte Verneinung der Leistungspflicht vom 13. März 2013 (AB 59) ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG werden keine Verfahrenskosten erhoben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.