

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 101

## Entscheid vom 7. Februar 2019

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Darinka Balzarini, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**C.\_\_\_\_\_ AG,**  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1993), arbeitet(e) seit dem 29. Februar 2016 zunächst als Praktikant und anschliessend seit dem 1. März 2018 als Aussendienstmitarbeiter bei der D.\_\_\_\_\_ AG (Vi-act. M13; K1). Als Angestellter ist er bei der C.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend C.\_\_\_\_\_) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 15. Dezember 2017 fuhr A.\_\_\_\_\_ auf der Chneustrasse von Hütten in Richtung Menzingen. Auf vereister Fahrbahn geriet vor ihm ein Lieferwagen ins Schleudern, woraufhin A.\_\_\_\_\_ während seines Ausweichmanövers auf die Gegenfahrbahn geriet und ihm ein, sich in ähnlicher Situation befindliches, hinter ihm fahrendes Fahrzeug seitlich ins Heck fuhr (Vi-act. K1). Gleichentags konsultierte er Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin FMH), welche im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma als Verdachtsdiagnose auf einer Skala von I - IV Beschwerden des Grades II (Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde [verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit miteingeschlossen] [Vi-act. M1]; HWS-Distorsionstrauma gemäss Arztzeugnis zuhanden der C.\_\_\_\_\_ vom 22.12.2017 [Vi-act. M3]) festhielt. Die C.\_\_\_\_\_ erbrachte in der Folge Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung).

**B.** Nachdem sich die geklagten Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und den Schultern bis Ende Dezember 2017 vollständig zurückgebildet hatten (Vi-act. M6), litt A.\_\_\_\_\_ seit dem 8. Januar 2018 an starken persistierenden bifrontalen Kopfschmerzen (Vi-act. M4). Die daraufhin ausgeführten medizinischen Befunde blieben (weitgehend) unauffällig (Vi-act. M4; M6; M8; M10; M12). Nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie) verfügte die C.\_\_\_\_\_ am 12. April 2018 die Einstellung der Leistungen per 31. März 2018. Der Status quo sine sei spätestens am 31. März 2018 erreicht worden (Vi-act. K29).

**C.** Gegen diese Verfügung liess A.\_\_\_\_\_ durch seinen Rechtsvertreter mit Eingaben vom 9. und 17. Mai 2018 Einsprache erheben und ersuchte, die Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, eventualiter sei ein verwaltungsexternes Gutachten einzuholen (Vi-act. K36 und K40). Der Einsprache legte A.\_\_\_\_\_ zwei weitere ärztliche Berichte, einen von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Leitende Oberärztin Neurologie, Schulthessklinik Zürich) und einen von Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ (FRCP, Senior Consultant, Facharzt für Neurologie FMH und Facharzt für Physikalische Therapie und Rehabilitation FMH, Klinik N.\_\_\_\_\_) bei (Vi-act. K4, vgl. auch Vi-act. M14 und M15).

**D.** Nach erneuter Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ wies die C.\_\_\_\_\_ die Einsprache mit Entscheid vom 5. Oktober 2018 ab (Bf-act. 1 = Vi-act. K45).

**E.** Gegen diesen Einspracheentscheid lässt A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 7. November 2018 (Postaufgabe) beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Es sei der Einsprache-Entscheid vom 5.10.2018 aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus UVG weiterhin auszurichten, namentlich Taggeldleistungen und Heilbehandlung.
2. Es sei ein medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben.
3. Unter Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Die C.\_\_\_\_\_ beantragt mit Vernehmlassung vom 4. Dezember 2018 die Abweisung der Beschwerde.

#### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

**1.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

**1.2.1** 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 bzw. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern

Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (*conditio sine qua non*); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.2; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b m.w.H.). Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_813/2017 vom 6.6.2018 Erw. 3.3; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

**1.2.2** 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.3).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind

je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa), anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_387/2018 vom 16.11.2018 Erw. 3.4; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: BGE 138 V 248 Erw. 4).

**1.2.3** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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 (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C\_169/2018 vom 31.8.2018 Erw. 2 m.w.H.). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_781/2017 vom 21.9.2018 Erw. 5.1)

**1.2.4** Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile des Bundesgerichts

8C\_160/2012 vom 13.6.2012 Erw. 2; 8C\_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C\_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts 8C\_155/2012 vom 9.1.2013 Erw. 5.1 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9).

**1.3** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 18 ff.)

**1.4** Für das gesamte Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**2.1** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Bei sich widersprechenden medizinischen Berichten kommt einer inhaltlich einwandfreien Beweiswürdigung massgebliche Bedeutung zu. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 Erw. 3 S. 352 ff. festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c).

**2.2** Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_761/2017 vom 5.12.2017). Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25.6.2018 Erw. 3.2.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_321/2018 vom 27.11.2018 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**2.3** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_673/2018 vom 13.12.2018 Erw. 3.4; 8C\_276/2018 vom 5.12.2018 Erw. 3.2.4; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_248/2017 vom 15.2.2018 Erw. 6.2.1 m.w.H.).

**3.** Mit Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2018 anerkannte die Vorinstanz ihre Leistungspflicht bis zum 31. März 2018; die Kausalität des Unfalles für die

darüber hinaus bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung sei bei Erreichen des status quo sine Ende März 2018 dahingefallen. Sie schloss den Fall ab und lehnte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab. Demgegenüber beantragt der Versicherte die Erbringung der gesetzlichen Leistungen darüber hinaus. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist somit die Leistungspflicht der Vorinstanz, soweit sie über den 31. März 2018 hinausgehen soll.

**4.** Bezüglich des Unfallereignisses vom 15. Dezember 2017 und des Gesundheitszustandes des Versicherten ergibt sich aus den im Recht liegenden medizinischen Akten was folgt:

**4.1** Am 15. Dezember 2017 fuhr der Versicherte mit dem Auto seines Vaters auf der Chneustrasse von Hütten in Richtung Menzingen. Der Unfallhergang wird vom Versicherten im Fragebogen zum Verkehrsunfall zuhanden der Vorinstanz vom 2. Januar 2018 wie folgt beschrieben (Vi-act. K8):

Aufgrund von Eis auf der Fahrbahn kam ein Lieferwagen vor mir ins Schleudern und begann sich zu drehen. Ich konnte diesem trotz des rutschens meines Fahrzeugs ausweichen. Der Wagen hinter mir versuchte dies ebenfalls, aufgrund der glatten Fahrbahn, verlor er die Kontrolle und rutschte seitlich in mein Heck.

Der Versicherte gibt weiter an, er sei angegurtet gewesen und der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Ein Polizeirapport sei nicht aufgenommen worden und es gäbe keine Zeugen des Unfalls. Die Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen seien am Unfalltag um ca. 10.00 Uhr aufgetreten. An ähnlichen Beschwerden habe er früher nicht gelitten (Vi-act. K8).

**4.2** Am Tag des Unfalls konsultierte der Beschwerdeführer Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin FMH, Pfäffikon SZ). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma gibt die Ärztin unter "Angaben des Patienten zum Beschwerdeverlauf seit dem Unfallzeitpunkt" Kopfschmerzen ca. ½-1h nach dem Unfall mit einer Schmerzintensität von 4-5 (0= schmerzfrei, 10 = unerträglich stark) mit einer Schmerzausstrahlung in den Nacken sowie ca. ½h nach dem Unfall Nackenschmerzen mit einer Schmerzintensität von 3 sowie einer Ausstrahlung in die Schultern, die Brust- (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) an. Die Symptome seien vom Beschwerdeführer spontan erzählt worden. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen sowie Hör- und Sehstörungen seien vom Versicherten nicht beklagt worden. Weiter ist dem Dokumentationsbogen u.a. zu entnehmen, dass der angegurtete Versicherte von hinten angefahren wurde, dass sich der Airbag nicht ausgelöst habe, dass ein Kopfstoss an der Kopfstütze erfolgte, dass der Versicherte nicht auf die Kollision gefasst war, dass keine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke aufgetreten

sei und dass der Versicherte nach dem Unfall mit dem (fahrunfähigen) Auto zur Garage gefahren und am Unfalltag zu Hause geblieben sei. Beim Untersuchungsbefund der HWS wurden Schmerzen bei der Flexion (Kinn-Sternum-Abstand 5cm), Extension (Kinn-Sternum-Abstand 17cm), Rechtsdrehung (70°) sowie beidseitiger Seitneigung (40°) angegeben. Bejaht wurden Ruhe- und Stauungsschmerzen ohne Ausstrahlung. Zudem wurde etwas Schmerz am rechten Bein, Oberschenkel lateral festgehalten. Die neurologischen Untersuchungsergebnisse waren im Normalbereich. Im Untersuchungszeitpunkt betrug der GSC-Score 15. Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit wurde indessen nur für den 15. Dezember 2017 attestiert; mithin wurde der Versicherte nach dem Unfalltag zunächst wieder voll arbeitsfähig eingestuft (Vi-act. M1).

Nachdem die Röntgenergebnisse der HWS einen unauffälligen ossären Befund ergaben, diagnostizierte Dr.med. E. \_\_\_\_\_ vorläufig "Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde (verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit miteingeschlossen)" mit einem Schmerzgrad Stufe II von IV (Vi-act. M1).

**4.3** Anlässlich des durchgeführten MRI der HWS (nativ und mit Kontrastmittel) hielt Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (FMH Radiologie, Schmerz-, und Osteoporosezentrum [SOZ] AG, Pfäffikon), im Bericht vom 21. Dezember 2017 u.a. was folgt fest (Vi-act. M2):

Indikation:

Auffahrunfall am 15.12.2017 von hinten. Im Röntgen nicht ganz sichere Beurteilung bei Axis, Dens, obere HWS, dort allerdings kaum Schmerzen Läsionen?

(...)

Beurteilung:

Kyphotische Fehlhaltung der HWS mit diskreten Zeichen einer beginnenden Degeneration. Keine Traumfolgen (Recte: Traumafolgen) abgrenzbar. Keine Spinalkanalstenose oder Nachweis einer neuroforaminalen Einengung beidseits.

**4.4** Mit Arzzeugnis vom 22. Dezember 2017 diagnostizierte Dr.med. E. \_\_\_\_\_ eine Distorsion der HWS, eine thorakale Quetschung und eine Kontusion der BWS und LWS (Vi-act. M3). Die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit wurde vom 15. bis zum 17. Dezember 2017 nachträglich bestätigt (Vi-act. K12). Eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit wurde für den 18. Dezember 2017 sowie für den 20. - 22. Dezember 2017 attestiert, derweil die Arbeitsfähigkeit am 19. Dezember 2017 100% betrug (Vi-act. M3; M5; vgl. auch Vi-act. K12).

**4.5** Indiziert durch starke Kopfschmerzen wurde am 8. Januar 2018 (24 Tage nach dem Unfall) von Dr.med. K. \_\_\_\_\_ ein MRI des Schädels (nativ und mit

Kontrastmittel) durchgeführt. Den Gesundheitszustand des Versicherten beurteilte Dr.med. K. \_\_\_\_\_ wie folgt (Vi-act. M4):

Indikation:

Seit heute und ganz ausserordentlich sehr starke Kopfschmerzen vor allem in der Stirnregion, familiär nichts bekannt. Ausschluss Aneurysma, Gefässveränderung?

Befund:

Kein Nachweis einer Diffusionsrestriktion im Sinne einer frischen Ischämie. Unauffällige Darstellung des Hirnparenchyms bei regelrechter corticomedullärer Differenzierung. Normale Weite der inneren und der äusseren Liquorräume. Keine Mittellinienverlagerung. Kein Nachweis einer Schrankenstörung nach intravenöser Kontrastmittelapplikation. Keine Gefässabbrüche oder Aneurysmata des Circulus Willisii in der arteriellen TOF-Sequenz. Keine Blutabbauprodukte. Freie Belüftung der NNH sowie der Mastoidzellen beidseits bei kleinen polypoiden Schleimhautschwellungen am Boden des Sinus maxillaris beidseits, rechts betont. In der venösen TOF-Sequenz keine Zeichen einer Sinusvenenthrombose.

Beurteilung:

Altersentsprechend unauffälliger MRT-Befund des Neurocraniums, keine Blutung, keine Aneurysmata des Circulus Willisii.

**4.6** Im UVG Zwischenbericht vom 19. Januar 2018 zuhanden der Vorinstanz beschrieb Dr.med. E. \_\_\_\_\_ den bisherigen Krankheitsverlauf wie folgt (Vi-act. M5):

Nacken und Rücken gute Besserung. Hingegen gibt er deutlich mehr Kopfschmerzen als früher an.

Physiotherapie läuft.

Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen würden (z.B. frühere Erkrankungen) wurden verneint. Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus zwei- bis dreiwöchentlichen Konsultationen sowie einer Physiotherapie. Weitere Behandlungsvorschläge seien vom Heilungsverlauf abhängig. Ein bleibender Nachteil wurde nicht erwartet (Vi-act. M5).

**4.7** Im Januar 2018 suchte der Beschwerdeführer von sich aus (Vi-act. M7) Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) im NeuroZentrum am Königsplatz in I. \_\_\_\_\_ auf. Dieser hielt mit Bericht an Dr.med. E. \_\_\_\_\_ am 26. Januar 2018 fest (Vi-act. M6):

Diagnose(n):

Akut aufgetretene, seit 2 Wochen persistierende bifrontale Cephalgien

Anamnese:

Herr A. \_\_\_\_\_ berichtete, dass es am 15. Dezember zu einem Verkehrsunfall mit Schleudertrauma gekommen war. Anschliessend lagen HWS und Schulterschmerzen vor, welche sich bis Ende Dezember vollständig zurückgebildet hatten.

Eine Bewusstlosigkeit bzw. eine Amnesie für das Ereignis wird nicht berichtet. Am 8. Januar war es dann zu akut aufgetretenen heftigen bifrontal betonten Kopfschmerzen gekommen (VAS 9/10), welche seither weiter anhalten. Eine initiale MRT Untersuchung des Schädels (mit MR-Angio und Venendarstellung) und der HWS konnte keine Auffälligkeiten nachweisen, u.a. Ausschluss einer Subarachnoidalblutung bzw. eines Aneurismas.

Schmerzmittel, u.a. Novalgin sowie diverse Triptane haben nur mässigen Einfluss auf die Kopfschmerzen, welche gegenwärtig mit wechselnder Intensität zwischen 5 und 8/10 vorliegen. Zusätzliche neurologische Ausfälle wie visuelle Symptome, Übelkeit und Erbrechen werden nicht geschildert, jedoch besteht eine Lichtempfindlichkeit sowie eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit mit Müdigkeit.

#### Neurologischer Befund:

Untersucht wurden: Vigilanz, Hirnnerven, Motorik, Reflexe, Sensibilität, Koordination, höhere kognitive Funktionen (u.a. Orientierung, Sprache, Gedächtnis), Kopfbeweglichkeit.

Insgesamt fand sich ein altersentsprechender neurologischer Befund.

#### EEG-Befund:

Gut ausgeprägtes Alpha EEG um 10 pro Sekunde. Kein Herd, keine epilepsietypische Muster

EKG SR um 55/min

#### Duplexsonographie:

Extrakranielle Farb-Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefässe: Glatte Gefässwände, keine Plaques, kein H.a. Dissektion, Arteria carotis communis, Arteria carotis interna, Arteria carotis externa sowie Arteria vertebralis bds. Mit physiologischem Strömungsprofil darstellbar.

#### Zusammenfassung und Beurteilung:

In Anbetracht des zeitlichen Abstands zum Verkehrsunfall sowie der vollständigen Beschwerderemission der HWS und Schulterschmerzen halte ich einen Zusammenhang der Kopfschmerzen mit dem Unfallereignis Mitte Dezember für eher unwahrscheinlich.

Klinisch neurologisch fanden sich keine Auffälligkeiten, die EEG Untersuchung zeigte ebenso wie die durchgeführte Duplexsonographie - Ausschluss einer Dissektion - keinen pathologischen Befund. Durch eine Perfalgan Infusion konnte eine deutliche Schmerzreduktion erzielt werden, von VAS 4-5/10 auf 1/10. Empfohlen wurde die vorübergehend regelmässige Anwendung von Naproxen 500mg 1-2 x tgl., um eine erneute Schmerzintensivierung zu verhindern. Sollte es jedoch zu einem erneuten Auftreten der heftigen bifrontalen Kopfschmerzen kommen, wäre auch zum Ausschluss einer im cMRT nicht nachzuweisenden SAB an eine Liquordiagnostik zu denken.

**4.8** Aufgrund der persistierenden Kopfschmerzen ersuchte Dr.med. E.\_\_\_\_\_ mit Überweisungsschreiben zur fachärztlichen Beurteilung vom 29. Januar 2018 med.pract. M.\_\_\_\_\_ (Facharzt ORL, \_\_\_ Praxis) um eine Untersuchung, insb. der Stirnhöhlen (Vi-act. M7). In der Beurteilung vom 31. Januar

2018 führt med.pract. M. \_\_\_\_\_ aus, dass eine blande persönliche Anamnese und keine Hinweise auf eine sinugene Genese der Schmerzen vorliegen würden (Vi-act. M8).

**4.9** Nach Überweisung des Versicherten an Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Neurologie FMH, \_\_\_ Praxis) (Vi-act. M9), hielt die Neurologin bezüglich der neurologischen Untersuchung vom 27. Februar 2018 folgendes fest (Vi-act. M10):

**Diagnose:**

- Migränöse Kopfschmerzen
  - DD: atypische Migräne, Liquor Unterdrucksyndrom bei spontanen oder traumatischem Liquor-Leck
  - MR-tomographie des Neurokraniums mit unauffälligem altersentsprechenden Normalbefund
- Status nach Auffahrunfall am 15.12.2017
  - Posttraumatisch transiente Nuchalgien

**Anamnese:**

Der Patient berichtet, dass er seit dem 08.01.2018 mehr oder weniger konstant bilaterale frontale Kopfschmerzen habe. Die Intensität der Kopfschmerzen schwanke zwischen 4 und 8/10 auf der visuellen Analogskala. Er gibt an, dass er bei stärkeren Kopfschmerzen unter Licht- und Lärmempfindlichkeit leidet und Bildschirmarbeiten kaum vertrage. Eine begleitende Übelkeit wird nicht angegeben. Er erwache teilweise mit den Kopfschmerzen in der Nacht. Die Kopfschmerzen würden im Liegen bessern aber nicht abklingen und nach dem Aufstehen im Tagesverlauf zunehmen. Zu begleitenden Sehstörung sei es nicht gekommen, er fühle sich jedoch insgesamt müde und leide unter Konzentrationsstörungen. Die verschiedenen Analgetika die er bislang eingesetzt habe, hätten keinen Effekt auf die Kopfschmerzen gehabt. Der Patient berichtet von einem Auffahrunfall, welchen er Mitte Dezember erlitten habe. Hiernach habe er maximal 1 Tag vorübergehend Kopfweh gehabt und ebenfalls vorübergehend Nackenschmerzen. Zwischen dem 27.12. und dem 8. Januar sei es ihm diesbezüglich jedoch ausgezeichnet gegangen.

(...)

**Beurteilung:**

Der Patient stellt sich mit einem chronifizierten Kopfschmerz zur neurologischen Abklärung vor. Die Kopfschmerzen haben zumindest einen migräniformen Schmerzcharakter mit dem bifrontaler Lokalisation und begleitender Licht und Lärmempfindlichkeit sind einige der Migräne-Kriterien erfüllt. Sowohl die zerebrale Bildgebung als auch die klinisch-neurologische Untersuchung blieben aktuell ohne Auffälligkeiten. Die Unwirksamkeit vom Maxalt schliesst eine Migräne als Ursache für die Kopfschmerzen nicht sicher aus, da nicht selten verschiedene Triptane zur Behandlung der Migräne ausprobiert werden müssen. Unter der Annahme eines möglichen Status Migränosus habe ich den Patienten bei hohem Leidensdruck begonnen mit einer Cortisonstosstherapie zu behandeln. Zudem habe ich dem Patienten zum Ausprobieren ein anderes Triptane (Eletriptan) abgegeben. Zu beglei-

tenden Sehstörung kommt es nicht, sodass bei fehlenden Symptomen einer Claudicatio masticatoria auch keine Hinweise auf eine für das Alter sehr atypische Arteriitis temporalis bestehen. Aufgrund der Linderung der Kopfschmerzen beim Ablegen habe ich noch entfernt an die Möglichkeit eines möglicherweise posttraumatischen Liquorlecks gedacht. Hier ist jedoch in der Regel mit Begleitsymptomen im Sinne von Hirnnervenausfällen meist mit symptomatischen Doppelbildern im Verlauf zu rechnen. Zudem findet sich in der Regel im Rahmen eines Liquorunterdrucksyndroms ein menigeales Enhancement im MRI. Auch ist die Schmerzintensität charakteristischerweise im Liegen wesentlich geringer als in aufrechter Position, was vom Patienten nicht in diesem Sinne beobachtet werden konnte. Aufgrund des langen Verlaufs ohne weitere fokale Defizite lässt sich meines Erachtens mittlerweile klinisch eine SAB als Ursache auch ohne potentiell ebenfalls nebenwirkungsbehaftete und invasive Lumbalpunktion ausschliessen. Eine zeitnah neurologische Verlaufskontrolle ist geplant.

**4.10** In der Folge diagnostizierten Dr.med. E.\_\_\_\_\_ und Dr.med. P.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin FMH) im UVG Zwischenbericht vom 13. März 2018 zuhanden der Vorinstanz anhaltende, starke, früher nicht vorhandene Kopfschmerzen bei Status nach einer HWS Distorsion vom 15. Dezember 2017. Eine Differentialdiagnose sei schwierig, da der Versicherte vorher keine solchen Kopfschmerzen beklagt habe. Die Situation sei jetzt bereits etwas besser. Die Konzentration und Leistung wurde als vermindert eingestuft, was Anlass zu weiteren (neurologischen) Abklärungen (MRI Schädel) gegeben habe. Neurologische Untersuchungen würden alle zwei Wochen bei Dr.med. O.\_\_\_\_\_ durchgeführt. Aufgrund der Schwankungen der Beschwerden wurde auch die Arbeitsfähigkeit entsprechend eingeschränkt (100% AUF vom 8.1.-12.1.2018; 50% AUF vom 29.1.-12.2.2018; 75% AUF vom 13.2.-11.3.2018; 50% AUF ab 12.3.2018). Die nicht geleistete Arbeitszeit (zeitlich und reduzierte Intensität) habe der Versicherte einerseits mit der eigenen Ferienzeit kompensiert und sich andererseits intern organisiert. Der Versicherte sei sehr motiviert und kooperativ (Vi-act. M11).

Die gegenwärtige Behandlung habe anfangs aus einer Physiotherapie bestanden, wohingegen nun Osteopathie und Chinesische Medizin, Cortisonstherapie und Schmerzmittel hinzukämen. Der Behandlungsverlauf würde von den Vorschlägen der behandelnden Neurologin, Dr.med. O.\_\_\_\_\_, abhängen (Vi-act. M11).

**4.11** Ein von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ veranlasstes und von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (FMH Radiologie, \_\_\_ Praxis) durchgeführtes MRT des Schädels (nativ und Kontrastmittel) vom 14. März 2018 ergab eine subakute Sinusitis maxillaris beidseits mit Betonung der rechten Seite. Im Übrigen diagnostizierte er einen altersentsprechenden Normalbefund. Insbesondere konnte weder der Nachweis einer

posttraumatischen Läsion erbracht noch ein pathognomonisches Zeichen eines Liquorunterdrucksyndroms attestiert werden (Vi-act. M12).

**4.12** Gegenüber der Vorinstanz hielt der beratende Arzt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie) mit Bericht vom 28. März 2018 fest, dass die erhobenen Diagnosen (HWS-Distorsion, Quetschung thoracal, Kontusion BWS/LWS) zumindest teilweise, resp. möglicherweise (Aussagesicherheit 50% oder weniger) in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 15. Dezember 2017 stehen würden. Ferner führte er aus (Vi-act. M13):

Es handelte sich um eine geringe Krafteinwirkung, ohne Commotio, mit bekannten vorbestehenden Kopfbeschwerden gemäss Bericht Neurozentrum I. \_\_\_\_\_ vom 26.01.2018. Frau Dr. O. \_\_\_\_\_ diagnostizierte gemäss ihrem Bericht vom 02.03.2018 migränöse Kopfschmerzen. Im Schädel-MRI vom 08.01.2018 durchwegs normale Befunde. Zudem bemerkenswert ist der Zeitpunkt des Auftretens der Cephalgien: Gemäss dem Neurozentrum akut am 08.01.2018, d.h. 3 Wochen nach dem Ereignis. Zum jetzigen Zeitpunkt sind diese Restbeschwerden bei im übrigen aktuell fehlenden HWS-Missempfindungen höchstens möglich unfallkausal begründbar.

Unfallfremde Faktoren seien vorbestehende migränöse Kopfbeschwerden des Versicherten, welche vorübergehend und nicht richtunggebend eingeschätzt wurden. Weiter sei der Status quo ante im gegenwärtigen Beurteilungszeitpunkt erreicht, die Behandlung sei nur bis zum Erreichen des Status quo ante begründet gewesen. Die Begründung von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ im UVG Zwischenbericht vom 13. März 2018 sei genügend. Ob die von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit aber unfallbedingt ausgewiesen worden sei, sei nur schwer zu beurteilen. Jedenfalls scheine eine grosszügige Beurteilung vorgenommen worden zu sein. Zumindes am 28. März 2018 sei die Arbeitsunfähigkeit als krankheitsbedingt zu beurteilen (Vi-act. M13).

**4.13** Mit abschlägiger Verfügung vom 12. April 2018 entschied die Vorinstanz, die Leistungen per 31. März 2018 einzustellen. Den Ausführungen des beratenden Arztes sei zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte, spätestens am 31. März 2018 erreicht worden sei (Vi-act. K29).

Daraufhin fand am 30. April 2018 eine Konsultation des Versicherten bei Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Leitende Oberärztin Neurologie) in der J. \_\_\_\_\_ Klinik Zürich statt. In ihrem Bericht hielt die Oberärztin unter anderem fest (Vi-act. M14):

**Diagnose:**

Prolongierte Zevalgien nach HWS-Distorsion 15.12.2017 mit/bei

- Anamnestisch: tägliche Cephalgien, vermehrtes Schlafbedürfnis, Konzentrationsstörung
- Klinisch: im Spurling-Manöver Auslösen der frontalen Cephalgien, ansonsten unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefund
- MRI HWS 12/2017: Kyphose, keine Traumafolgen
- MRI Schädel 01/2018: unauffällig

#### **Anamnese:**

Jetziges Leiden: Am 15.12.2017 kam es auf eisiger Strasse zu einem Auffahrunfall. Der Patient war selber Fahrer. Der Airbag sei nicht aufgegangen. Er erinnert auch keine Bewusstseinsstörung. Es sei sofort zu Nackenschmerzen gekommen, die nach einigen Tagen partiell regredient gewesen seien. Danach habe er wenig gearbeitet und dann 2 Wochen frei gehabt. In diesen Ferienwochen seien die Schmerzen vollständig vergangen, er habe allerdings ein vermehrtes Schlafbedürfnis gehabt. Am 08.01.2018 am ersten Arbeitstag, dann im Verlauf des Morgens zunehmende Kopfschmerzen, die sich bis zu einer Intensität von 9/10 VAS auswirkten. Die Schmerzen seien so stark gewesen, dass er nicht gewusst habe, wie er nach Hause fahren könnte und deswegen von den Eltern abgeholt worden sei. Danach Konsultation bei Ihnen mit sofortiger Kernspintomographie des Kopfes mit unauffälligen Befunden. Die stärksten Schmerzen hätten 2-3 Tage angehalten, danach leichter Rückgang der Beschwerden. (...).

#### **Beurteilung und Procedere:**

Anamnestisch ist es nach einem Auffahrunfall 15.12.2017 zu Kopfschmerzen bifrontal, vermehrtem Schlafbedürfnis und Konzentrationsstörungen gekommen, die nach einem fast symptomfreiem Intervall (allerdings in den Ferien) am 08.01.2018 exacerbierter. Klinisch zeigt sich zwar eine schmerzfreie HWS, beim Spurling-Manöver lassen sich jedoch ein Teil der Kopfschmerzen reproduzieren. Weitere fokale-neurologische Defizite bestehen nicht. Die bisherig bildgebenden Untersuchungen zeigen bis auf eine leichte Kyphose der HWS erfreulicherweise vollständig unauffällige Befunde. Zusammenfassend denke ich, dass die aktuellen Beschwerden des Patienten auf das HWS-Distorsionstrauma zurückzuführen sind. Atypisch ist lediglich der perakute Beginn am 08.01.2018 mit einer Schmerzexacerbation. Gegebenenfalls ist dies auf eine Überforderung nach 2-wöchigen Ferien zurückzuführen.

**4.14** Zudem suchte der Versicherte Prof. Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (FRCP, Senior Consultant, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Physikalische Therapie und Rehabilitation FMH, Klinik N. \_\_\_\_\_) für eine Besprechung auf. Gemeinsam wurden die beiden MRI (Kopf und HWS) angeschaut. Daraufhin führte Prof. Dr.med. S. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 1. Mai 2018 aus (Vi-act. M15):

Ein MRI des Kopfes von Beginn der Beschwerden wird als normal beschrieben, wir haben zusammen die MR-Untersuchung der Halswirbelsäule angeschaut und eine ausgeprägte Kyphose und leichte Skoliose der HWS gesehen sowie Bandscheibenveränderungen zwischen C3 und C4 und C4 und C5.

In Zusammenschau dieser Geschichte und den Befunden habe ich keine Zweifel, dass hier Unfallfolgen vorliegen in der Art, wie man sie früher als "Schleudertrauma der Halswirbelsäule" nach einem Auffahrunfall beschrieben hat. Wenn die verschiedenen Medikamente, die sonst bei Kopfschmerzen eingesetzt werden, so gar

keine Wirkung gezeigt haben, würde ich darauf auch verzichten. Nützlich ist aber sicher eine Physiotherapie (bzw. möglicherweise auch osteopathische Behandlung wie sie bereits läuft) angezeigt. Vor allem durch Training der eigenen Halsmuskeln muss die Haltung der Halswirbelsäule verbessert werden und dann kann auch erwartet werden, dass sich die Kopfschmerzen wieder zurückbilden. Solche chronischen Kopfschmerzen nach Unfall sind erfahrungsgemäss oft heikel zu behandeln, in der Regel aber doch über längere Zeit dann regredient und verschwinden. Offenbar ist die Versicherungslage noch etwas unklar, ich bin aber überzeugt, dass es Unfallfolgen sind.

**4.15** Aufgrund der beiden neuen ärztlichen Berichte ersuchte die Vorinstanz den beratenden Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ um erneute Stellungnahme zu der "vermeintlich andauernden Unfallkausalität" und zu den Argumenten von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ vom 30. April 2018 und Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2018. Mit Schreiben vom 6. Juni 2018 hielt der beratende Arzt fest (Vi-act. M16):

- Prof. S.\_\_\_\_\_ schreibt von einem 'Schleudertrauma' mit einer Heckauffahrkollision (von hinten angefahren...). Der Versicherte aber beschreibt eine -seitliche -Kollision in das Heck: das wäre keine Heckauffahrkollision.
- In beiden erwähnten Berichten wird der Vorzustand nicht erwähnt: siehe Bericht Neurozentrum I.\_\_\_\_\_ vom 26.01.2018: vorbestehende Kopfbeschwerden...
- Freie und schmerzlose HWS-Beweglichkeit. Eine HWS-Distorsion kann bei diesem Befund nicht diagnostiziert werden.
- Sofort Nackenschmerzen (siehe Bericht Dr. T.\_\_\_\_\_) mit danach Schmerzfreiheit und wiederum Kopfbeschwerden nach der Arbeitsaufnahme nach den Ferien. Dieses Phänomen alleine somatisch zu erklären ist schwierig, das bemerkt auch Dr. T.\_\_\_\_\_ mit DD 'gegebenenfalls Überforderung nach zwei Wochen Ferien'...
- Geringe unfallwirksame Kräfte ohne Bewusstlosigkeit.

**4.16** Mit Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2018 bestätigte die Vorinstanz die Verfügung vom 12. April 2018 (Erw. 4.13). Es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Kausalität des Unfalles für die bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung spätestens zum Beurteilungszeitpunkt durch den beratenden Arzt (31.3.2018) bei Erreichen des status quo sine dahingefallen sei (Vi-act. K45).

**5.1.1** Der Versicherte rügt zunächst, dass die Vorinstanz die Beweislastverteilung im Zusammenhang mit dem Nachweis der natürlichen Kausalität verkannt habe. Bedeutsam sei, dass die Beschwerdegegnerin das Unfallereignis zuerst anerkannt und daraufhin Leistungen erbracht habe. Werde der natürliche Kausalzusammenhang nun in Abrede gestellt, so treffe sie dafür die volle Beweislast. Es müsse insbesondere die Frage geprüft werden, ob die Kopfbeschwerden nach dem 31. März 2018 auch ohne das Unfallereignis in gleicher Art und Inten-

sität aufgetreten wären. Die Vorinstanz könne diesen Nachweis mit dem von ihr vorgebrachten Aktenbericht von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nicht erbringen (Beschwerde, S. 3f.).

**5.1.2** Ferner bringt der Versicherte Zweifel an den versicherungsinternen Abklärungen vor. Solche Abklärungen seien nur dann möglich, wenn bezüglich des Leistungsfalls nicht zumindest geringe Zweifel vorliegen würden. Vorliegend stütze sich die Vorinstanz auf eine spärlich begründete Aktenbeurteilung ihres Vertrauensarztes Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2018. Die Aussagen seien nicht mit medizinischer Literatur begründet worden (Beschwerde, S. 4). Geringe Zweifel seien schon allein deswegen gegeben, weil der die Vorinstanz beratende Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ kein Neurologe sei und der neurologische Sachverhalt nicht fachkompetent eingeschätzt werden konnte (Beschwerde, S. 4).

Im Einspracheentscheid seien die Berichte von Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ und Dr.med. T.\_\_\_\_\_ dahingehend kritisiert worden, dass sie von einem falschen Unfallhergang ausgehen würden. Diese Kritik laufe erstens deshalb ins Leere, weil auch der Vertrauensarzt der Vorinstanz den Unfallhergang nicht thematisiert habe. Er gehe pauschal von einer geringen Kraffteinwirkung aus, ohne diese in irgendeiner Art zu erläutern. Zweitens sei eine mindestens gleich grosse Kraffteinwirkung wie bei einem Auffahrunfall auch bei einem Unfallereignis wie dem vorliegenden möglich. Die Vorinstanz berufe sich ohne wissenschaftliche oder beweismässige Grundlage auf eine geringe Kraffteinwirkung, resp. auf eine im Vergleich zu einer klassischen Auffahrkollision geringere Kraffteinwirkung. Eine geringere Kraffteinwirkung werde allerdings bestritten. Es hätte ein biometrisches Gutachten eingeholt werden müssen, weshalb die Vorinstanz die Abklärungspflicht verletzt habe. Zudem sei die Leistungspflicht von der Vorinstanz für 3 Monate anerkannt worden. Der natürliche Kausalzusammenhang könne deshalb nicht nach drei Monaten mit dem Hinweis auf das geringfügige Unfallereignis in Abrede gestellt werden. Die Geringfügigkeit des Unfallereignisses werde ohnehin bestritten (Beschwerde, S. 5).

Von den Neurologen Dr.med. T.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ sei auch plausibilisiert dargelegt worden, weshalb die Beschwerden über die Weihnachtstage in den Hintergrund gerückt und erst bei Arbeitsbelastung wieder stärker in Erscheinung getreten seien (Beschwerde, S. 5).

**5.1.3** Auch rügt der Versicherte einen verfrühten Fallabschluss im Sinne von Art. 19 UVG. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zeige eine konstante Verbesserung. Eine lange Behandlungsbedürftigkeit einer HWS-Distorsion sei nicht ungewöhnlich (Beschwerde, S. 6). Die derzeit durchgeführten Therapien würden ei-

nen Heilungsfortschritt mit sich bringen. Dies würde sich u.a. auch darin zeigen, dass die Arbeitsfähigkeit sukzessive auf 70% und sodann auf 90% per November 2018 gesteigert werden konnte (Beschwerde, S. 7).

**5.1.4** Schliesslich sei die Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG verletzt worden, weshalb eine polydisziplinäre Begutachtung beantragt werde (Beschwerde, S. 7).

**5.2.1** Vernehmlassend führt die Vorinstanz aus, dass die Kopfschmerzen (mit Ausstrahlung in den Rücken) bereits nach einem Tag wieder vollständig abgeklungen seien. Zudem hätten auch die Schulter- bzw. Rücken- und Nackenschmerzen schnell nachgelassen (Vernehmlassung, S. 2). Gemäss Bericht des Neurologen Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2018 sei der Beschwerdeführer ab dem 27. Dezember 2017 [Recte: ab Ende Dezember] beschwerdefrei und mithin voll arbeitsfähig gewesen, bei allseitig frei beweglicher HWS. Die Kopfschmerzen seien erst drei Wochen später im Stirnbereich aufgetreten (Vernehmlassung, S. 2 f.).

**5.2.2** Der beratende Facharzt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ sei zwar ein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, dennoch sei er für eine Beurteilung als erfahrener Arzt und Gutachter der SIM bestens geeignet. Seine Begründung sei nachvollziehbar und würde sich auf die zeitnah zum Unfall erstellten neurologischen Berichte von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. O. \_\_\_\_\_ stützen. Auch seine Kausalitätsbeurteilung sei mit diesen deckungsgleich (Vernehmlassung, S. 3).

Die nachgereichten Stellungnahmen der aktuell behandelnden Dres.med. T. \_\_\_\_\_ und S. \_\_\_\_\_, würden einerseits von einem klassischen Auffahrunfall ausgehen und zudem einen beweisrechtlich unzulässigen post hoc ergo propter hoc Rückschluss aufweisen, weshalb die Einschätzung von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ nicht entkräftet werden könne (Vernehmlassung, S. 3).

**5.2.3** Im Übrigen verweist die Vorinstanz vernehmlassend auf ihren Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2018. Darin wird ferner vorgebracht, dass das Dahinfallen der Kausalität des Unfalls vom 15. Dezember 2017 für die noch bestehenden Kopfbeschwerden in den medizinischen Beurteilungen ausgewiesen und damit überwiegend wahrscheinlich sei (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 7).

Da weder eine Commotio, Bewusstlosigkeit noch Übelkeit aus dem Unfall resultiert seien und zudem nach dem Unfall die Polizei nicht habe gerufen werden müssen, sei die Krafteinwirkung auf das Fahrzeug des Versicherten durch das seitlich von hinten ins Heck rutschende Fahrzeug nur gering gewesen (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 7).

Bezüglich der akuten, anhaltenden Kopfschmerzen im Stirnbereich ab dem 8. Januar 2018 seien neurologisch keine unfallbedingten, pathologischen Befunde festgestellt worden. Eine gewisse Kopfschmerz-Symptomatik sei beim Einsprecher gemäss medizinischen Akten vorbestehend gewesen. Diese würden u.a. auch von der behandelnden Hausärztin Dr.med. E. \_\_\_\_\_ im Zwischenbericht vom 19. Januar 2018 erwähnt, da sie angeben würde, der Versicherte leide an deutlich mehr Kopfschmerzen als "früher" (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 7 in fine). Zudem sei eine Migräne durch Dr.med. V. \_\_\_\_\_ (recte: O. \_\_\_\_\_) nicht sicher ausgeschlossen worden. Vielmehr seien deutliche Anzeichen gefunden worden, die gegen ein posttraumatisches Liquorleck sprechen würden (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 8).

**5.2.4** Dr.med. T. \_\_\_\_\_ würde die Beschwerden ebenfalls einzig aufgrund der Schilderung einer stattgehabten HWS-Distorsion und aufgrund der zeitlichen Abfolge der Ereignisse auf den Unfall zurückführen. Bereits im Bericht des ersten beigezogenen Neurologen Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom Januar 2018 sei jedoch eine freie Beweglichkeit der HWS notiert worden. Gemäss Dr.med. F. \_\_\_\_\_ könne bei diesem Befund jedoch keine HWS-Distorsion diagnostiziert werden (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 9).

**6.** Bezüglich der Beweislastverteilung ist vorab festzuhalten, dass die Vorinstanz gemäss vorliegender Aktenlage Leistungen (Taggelder und Heilbehandlungen) auch nach dem 31. Dezember 2017, und mithin nach Wegfall der HWS- und Schulterbeschwerden (Vi-act. M6), bis zum 31. März 2018 erbracht hat (Vi-act. K31; K33; K34). Es ist nicht erstellt, dass die Vorinstanz die Leistungen lediglich aus Gründen der Kulanz erbracht hätte. Mit anderen Worten hat sie den Kausalzusammenhang zwischen den Kopfbeschwerden und dem Auffahrunfall vom 15. Dezember 2017 bis zum 31. März 2018 anerkannt (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 9; Vi-act. K27; K29; K35). Diese Annahme wird insbesondere auch durch die Korrespondenzauszüge der Vorinstanz bestätigt (Vi-act. K14; K20; K27), wonach die zunächst als krankheitsbedingt eingestuft Kopfbeschwerden später dem Unfallereignis zugeordnet wurden (vgl. auch Vi-act. K12; K31; K33; K34). Es ergibt sich dies ebenso aus der Begründung durch den beratenden Arzt, der in der Stellungnahme vom 28. März 2018 festhielt, im Berichtszeitpunkt sei der status quo ante erreicht und eine Behandlung sei bis zum Erreichen des status quo ante angezeigt (Vi-act. M13). Folglich muss das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs zwischen den unfallbedingten Ursachen und dem Gesundheitsschaden von der Vorinstanz mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (vgl. Erw. 1.2.4 vorstehend).

**7.** Vorliegend ist unbestritten, dass am 15. Dezember 2017 ein nachfolgendes Fahrzeug seitlich ins Heck des vom Versicherten gelenkten Autos prallte und sich der Versicherte daraufhin Verletzungen an der Halswirbelsäule, an beiden Unterarmen und am rechten Thorax zuzog sowie Prellungen am Übergang der HWS/BWS/LWS erlitt (Vi-act. K1). Sodann ist unbestritten, dass sich die Rücken- und Schulterbeschwerden bis Ende Dezember 2017 zurückgebildet haben. Unbestritten ist ferner, dass der Versicherte (gegenwärtig) an bifrontalen Cephalgien leidet (vgl. Bf-act. 1 = Vi-act. K45 S.7; Vi-act. M13). Streitig und vorliegend zu prüfen ist indessen, ob zwischen der vom Versicherten über den 31. März 2018 hinaus geltend gemachten körperlichen Beeinträchtigung und dem Unfall vom 15. Dezember 2017 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang und damit eine Leistungspflicht der Vorinstanz besteht.

**7.1** Die Vorinstanz stützt sich bei der Leistungseinstellung per 31. März 2018 hauptsächlich auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie) vom 28. März 2018 und 6. Juni 2018. Dabei ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Berichten versicherungsinterner Ärzte zu berücksichtigen, wobei ein strenger Massstab anzusetzen ist; d.h. es kann lediglich dann auf die Beurteilung von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ abgestellt werden, wenn keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellung bestehen (vorstehend Erw. 2.2).

**7.2** Grundsätzlich nicht zu beanstanden ist die fachliche Qualifikation des die Vorinstanz beratenden Arztes, weshalb auch ein Rheumatologe grundsätzlich zu einer HWS-Distorsions-Problematik Stellung nehmen kann (Urteil des Bundesgerichts 8F\_11/2017 vom 30.11.2017 Erw. 4).

**7.3** Umstritten ist die Intensität des Unfalls vom 15. Dezember 2018 sowie das Vorliegen einer HWS-Distorsion. Hat der beratende Arzt im ersten Bericht vom 28. März 2018 das Vorliegen einer HWS-Distorsion zumindest nicht bestritten, weicht er mit Bericht vom 6. Juni 2018 von der Diagnose ab (Vi-act. M13 und M16). Folglich ist unklar, von welchen Diagnosen Dr.med. F.\_\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen konkret ausgeht und zu welchem Zeitpunkt diese jeweils vorgelegen haben sollten.

Das Unfallgeschehen wurde polizeilich nicht abgeklärt. Es liegen weder eine Unfallmeldung der Versicherung noch Reparaturkosten einer Autowerkstatt im Recht. Den vorliegenden Unterlagen lassen sich zudem keine Angaben bezüglich des Zustands des Unfallfahrzeugs entnehmen (fest steht lediglich, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall mit dem 'fahrunfähigen' Auto zur

Garage fuhr, Vi-act. M1). Mithin konnten die genauen Details des Zusammenstosses, wie namentlich die Aufprallmodalitäten und Fahrgeschwindigkeit etc. nicht näher eruiert werden (auch die vom Beschwerdeführer angefertigte Unfallskizze bringt nur Hinweise; Vi-act. K8), was jedoch für eine medizinische Beurteilung eines Schleudertraumas entscheidend ist (vgl. auch <http://unfallforen-sik.com/kfz/hws-schleudertrauma/>; zuletzt besucht am 23.1.2019). Dennoch kann aus nachfolgend genannten Gründen und ohne Einholung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens mit der Vorinstanz davon ausgegangen werden, dass das Unfallereignis als leicht eingestuft werden kann.

Beim stattgehabten Unfall vom 15. Dezember 2018 kann nicht von einer aussergewöhnlichen, massiven Gewalteinwirkung ausgegangen werden, zumal erstens die Fahrgeschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeugs aufgrund der Strassenverhältnisse und aufgrund des Abbremsmanövers gering gewesen sein dürfte (das Fahrzeug 'rutschte' seitlich ins Heck des Beschwerdeführers; Vi-act. K8). Indessen kann bei einer Heckkollision aber bereits eine Geschwindigkeit von 10-15 km/h zu einem Schleudertrauma führen (<https://www.hms-gutachter.de/leistungen/biomechanische-gutachten/>; zuletzt aufgesucht am 23.1.2019), weshalb eine HWS-Distorsion trotz der vorliegend geringen Auffahrgeschwindigkeit nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden kann. So vermerkt Dr.med. E. \_\_\_\_\_, der Kopf sei an die Kopfstütze geprallt (Vi-act. M1). Zweitens wurde der Airbag nicht ausgelöst, die Polizei musste nicht gerufen werden und der Versicherte fuhr anschliessend selbständig vom Unfallort zur Garage. Weder eine Commotio, Bewusstlosigkeit noch Übelkeit wurden am Unfalltag diagnostiziert (Vi-act. M1).

Ferner wird die geringe Gewalteinwirkung auch dadurch bestätigt, dass beim Versicherten keine organischen Läsionen (an Bändern, Knochen usw.) – welche bei einer aussergewöhnlichen und massiven Gewalteinwirkung zu erwarten wären – festgestellt werden konnten.

Weiteres Indiz für die geringe Gewalteinwirkung kann sodann mit dem am Unfalltag festgehaltenen Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) von 15 (Vi-act. M1) erblickt werden. In der Glasgow-Coma-Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt, 3, der beste 15. Von einem leichten Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8) (vgl. VGE I 2012 56 Erw. 3.3.2 m.H. auf EVGE U.276/2004 vom 13.6.2005 Erw. 2.2.1-2 m.H. auf medizinische Fachliteratur). Mit einem GCS-Score von 15 wies der Versicherte bei der Erstkonsultation mithin nicht mehr als ein sehr leichtes Schädel-Hirntrauma auf.

Dies wird zusätzlich bestätigt durch die nur marginal ausgeprägten Symptome der zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beschwerden (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression oder Wesensveränderung, vgl. BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b). Dennoch kann festgehalten werden, dass sich der Beschwerdeführer durch den (leichten) Unfall vom 15. Dezember 2017 eine leichte HWS-Distorsion zugezogen hat (Vi-act. M3).

**7.4** Entgegen der Auffassung der Vorinstanz vermögen die beiden Stellungnahmen von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nicht gänzlich zu überzeugen. Die Aussagen in den beiden Aktenbeurteilungen sind teilweise widersprüchlich und nicht nachvollziehbar begründet, weshalb zumindest geringe Zweifel an seiner Beurteilung bestehen.

**7.4.1** Dr.med. F.\_\_\_\_\_ macht in seinen Ausführungen auf vorbestehende Kopfbeschwerden des Versicherten aufmerksam. Hierbei verweist er explizit auf das Gutachten von Dr.med. L.\_\_\_\_\_, Neurozentrum I.\_\_\_\_\_, vom 26. Januar 2018 (vgl. Vi-act. M13 und M16). Aus diesem Bericht lassen sich indessen keine Hinweise auf etwaige vorbestehende Kopfbeschwerden entnehmen (vgl. Vi-act. M6 sowie Erw. 4.7 vorstehend). Vielmehr ist die darin durchgeführte Anamnese auf den Zeitpunkt ab dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2017 beschränkt. Auch den übrigen, dem Gericht vorliegenden, medizinischen Unterlagen konnte kein Hinweis auf vorbestehende Cephalgien entnommen werden. Wenn die Vorinstanz in ihrem Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2018 den Hinweis darin erstellt sehen will, dass der Versicherte gegenüber Dr.med. E.\_\_\_\_\_ über mehr Kopfschmerzen als "früher" geklagt habe (Bf-act. 1 = Vi-act. K45 S. 7), verkennt sie, dass sich dem Terminus "früher" kein Hinweis auf einen etwaigen Zeitraum von vor dem Unfallereignis entnehmen lässt. Mithin könnte auch erst die Zeitspanne seit dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2017 darunter subsumiert werden, zumal der Beschwerdeführer am Unfalltag Kopfbeschwerden vorbringt und anschliessend (mithin sicherlich ab dem 8.1.2018) vermehrt darüber klagt (Vi-act. M1 und M5). Solches ist denn auch aus den weiteren Unterlagen zu schliessen. So gibt der Versicherte am 2. Januar 2018 im Fragebogen bezüglich des Verkehrsunfalls zuhanden der Vorinstanz an, dass sich am Unfalltag um 10.00 Uhr u.a. Kopfschmerzen erstmals bemerkbar gemacht haben. Früher habe er nicht an ähnlichen Beschwerden gelitten (Vi-act. K8 Ziff. 7 f.). Diese Aussage deckt sich mit dem Bericht der am Unfalltag konsultierten Ärztin Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Vi-act. M1 Ziff. 5). Sie vermerkt auch im Arztzeugnis UVG,

frühere Erkrankungen, die den Verlauf ungünstig beeinflussen könnten, lägen nicht vor (Vi-act. M3); es wäre zu erwarten, dass hier bekannte Kopfbeschwerden Erwähnung gefunden hätten. Auch im Zwischenbericht vom 13. März 2018 wird notiert, vorher hätten keine Kopfschmerzen bestanden (Vi-act. M11). Auch Dr.med. T. \_\_\_\_\_, die die persönliche Anamnese ausdrücklich erhob, dokumentiert keine vorbestehenden Kopfschmerzen (Vi-act. M14). Vorbestehende, gar migränöse (Vi-act. M13), Kopfbeschwerden sind aktenanamnestisch nicht erstellt. Die vom beratenden Arzt in beiden Berichten vorgetragene Begründung vorbestehender Kopfbeschwerden findet keine Bestätigung, im Gegenteil werden solche explizit verneint. Es ist dies von Bedeutung, auch wenn es für sich allein eine Unfallkausalität nicht zu beweisen vermag (vgl. Unzulässigkeit der Beweisregel 'post hoc ergo propter hoc'). Denn allein damit bestehen schon nicht nur geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung.

Die Frage vorbestehender Beschwerden ist auch bedeutsam für die Beurteilung, ob der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers den status quo sine (wie es die Vorinstanz im Einspracheentscheid festhält; Vi-act. K45) oder den status quo ante (wie es der beratende Arzt festhält; Vi-act. M13) erreicht hat. Beide setzen beim Vorzustand an; dieser ist jedoch beim status quo ante ein stabiler, beim status quo sine indes ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand. Beide schliessen sich gegenseitig aus (Urteil des EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 3.2), weshalb die Beurteilung nicht identisch sein kann. Auch dieser bestehende Widerspruch führt zu Zweifeln an der versicherungsinternen Beurteilung. Insbesondere kann dem von der Vorinstanz begründeten Erreichen des status quo sine per 31. März 2018 nicht gefolgt werden, da keine vorbestehende, schicksalhaft verlaufende Erkrankung aktenkundig ist.

Dieses Argument verfängt deshalb auch nicht gegen die Beweiskraft der beiden nachgereichten Gutachten von Dr.med. T. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr.med. S. \_\_\_\_\_. Es ist mithin nicht zu beanstanden, dass die untersuchenden Ärzte keine vorbestehenden Kopfbeschwerden in ihre Beurteilung einbezogen haben, zumal solche aktenanamnestisch nicht erstellt sind.

**7.4.2** In der zweiten Stellungnahme vom 6. Juni 2018 weist der beratende Arzt darauf hin, dass Prof. Dr.med. S. \_\_\_\_\_ fälschlicherweise von einem "Schleudertrauma" resultierend aus einer "Heckauffahrkollision" ausgegangen sei, wohingegen der Versicherte das Unfallereignis dergestalt beschreiben würde, dass eine "seitliche" Kollision in das Heck stattgefunden habe. Indessen ist darauf hinzuweisen, dass die Unfallart auch im "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" nur in die Unterarten "Heckkollision", "Seitenkollision" und "Frontalkollision" differenziert werden kann (Vi-

act. 1). Mithin ist nicht aufzuführen, in welchem Winkel oder mit welcher Geschwindigkeit die Fahrzeuge mutmasslich zusammengestossen sein sollen, da so oder anders nur eine der drei aufgezählten Kollisionsarten erfüllt sein kann. Infolge dessen ist davon auszugehen, dass dadurch genügend Rückschlüsse auf die aus der jeweiligen Unfallart resultierenden Beschwerden gezogen werden können, zumal der Fragebogen eigens für kranio-zervikale Beschleunigungstraumas erstellt worden ist. Selbst wenn der Versicherte folglich "seitlich in das Heck" angefahren worden sein sollte, ändert dies nichts an der Tatsache, dass die Unfallart eine "Heckkollision" darstellt (vgl. hierzu auch <https://www.hms-gutachter.de/leistungen/biomechanische-gutachten/>; zuletzt aufgesucht am 23.1.2019). Ein diesbezüglicher Vermerk in den Berichten der untersuchenden Ärzte ist mit anderen Worten nicht zu beanstanden. Dafür spricht zudem, dass dies denn auch von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ in seiner ersten Stellungnahme vom 28. März 2018 nicht bemängelt worden ist, obschon der Unfallhergang von der Mehrheit der behandelnden Ärzte als "Auffahrunfall" qualifiziert wurde (Vi-act. M2; M8; M10; M14; M15). Auffallend ist hierbei, dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die Migräne-Diagnostik von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ übernimmt, obschon sie ebenfalls von einem Auffahrunfall ausgegangen ist (Vi-act. M10). Es ist folglich nicht ersichtlich, weshalb die medizinischen Ausführungen von Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ weniger beweiskräftig sein sollten als diejenigen seiner Kollegen und Kolleginnen.

**7.4.3** Ferner ist betreffend die Stellungnahmen von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ festzuhalten, dass diese nicht nur auf einem Aktenstudium basieren, sondern Dr.med. T.\_\_\_\_\_ eine persönliche Untersuchung durchführte und Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ ebenso eine Anamnese erhob und die MR-Bilder zuzog. Ihre Berichte sind in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation nachvollziehbar und ihre Schlussfolgerungen sind begründet. Sie vermögen zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung des versicherungsinternen Beraters zu begründen.

**7.4.4** Beruft sich die Vorinstanz in ihrem Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2018 im Weiteren auf das auftragsrechtliche Vertrauensverhältnis der behandelnden Ärztin Dr.med. T.\_\_\_\_\_ (Bf-act. 1 = Vi-act. K45, S. 9; vgl. auch vorstehend Erw. 2.3), kann sie daraus ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Stellungnahmen des beratenden Arztes Dr.med. F.\_\_\_\_\_ stützen sich hauptsächlich auf die Gutachten der Dres.med. L.\_\_\_\_\_ (Vi-act. M6) und O.\_\_\_\_\_ (Vi-act. M10), welche ebenfalls auf einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis zum Versicherten basieren. Der Beweiswert dieser Berichte wurde mithin weder vom beratenden Arzt noch von der Vorinstanz in Frage ge-

stellt, weshalb das Argument gegen den Bericht von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ nicht verfängt.

**7.4.5** Die Vorinstanz legt keine medizinischen Tatsachen ins Recht, welche gegen die Berichte von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr.med. S.\_\_\_\_\_ sprechen würden. Vielmehr ist anzumerken, dass sich Dr.med. F.\_\_\_\_\_ in seiner zweiten Beurteilung vom 6. Juni 2018 weder mittels gegenteiliger Begründung noch Hinweisen auf einschlägige Literatur mit den nachgereichten Erkenntnissen seiner Kollegen auseinandersetzt. Indessen wäre eine medizinische Würdigung angezeigt gewesen, zumal Dr.med. T.\_\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 30. April 2018 darauf hinweist, dass sich die Kopfbeschwerden, trotz schmerzfreier HWS, beim Spurling-Manöver teilweise reproduzieren liessen (Vi-act. M14, vgl. auch Erw. 4.13 vorstehend). Auch hat sie eine mögliche Begründung abgegeben für die zwischenzeitliche Beschwerdefreiheit während der Ferienzeit und dem akuten Einsetzen der Kopfschmerzen bei Wiederaufnahme der Arbeit (Überforderung nach zweiwöchigen Ferien), womit sich Dr.med. F.\_\_\_\_\_ nicht auseinandersetzt.

**7.5** Insgesamt bestehen aufgrund der verschiedenen im Recht liegenden Arztberichte mehr als geringe Zweifel an der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes, weshalb die Vorinstanz gestützt auf seine Beurteilung ein Dahinfallen jeglicher Unfallkausalität per 31. März 2018 zu Unrecht bejaht hat.

**8.1** Bestehen an der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen Zweifel, so sind weitere Abklärungen notwendig (vgl. Erw. 2.2 vorstehend).

**8.2** Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt aber insbesondere möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. Erw. 4.4.1 ff.). Vorliegendenfalls ist der medizinische Sachverhalt nicht widerspruchsfrei abgeklärt, zumal namentlich die vom beratenden Arzt geltend gemachten vorbestehenden Beschwerden

nicht belegt sind, die HWS-Distorsion durch ihn in seinem Bericht vom 6. Juli 2018 hinterfragt wird und bislang aber keine widerspruchsfreie Abklärung erfolgt ist. Da es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz somit grundsätzlich nichts entgegen.

**8.3** Die Sache ist somit zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes an die Vorinstanz zurück zu weisen. Sie hat (aufgrund der zeitlichen Distanz zum Unfallgeschehen und der mutmasslichen Beschwerderemission) mittels eines Aktengutachtens zu klären, ob zwischen den über den 31. März 2018 hinaus geltend gemachten Kopfbeschwerden und dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2017 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, oder ob, wie von der Vorinstanz geltend gemacht, ein status quo sine vel ante eingetreten ist und wenn ja, wann dies der Fall war. Soweit eine Unfallkausalität zu bejahen ist, wird zusätzlich zu klären sein, ab welchem Zeitpunkt von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden und der Fall abgeschlossen werden konnte. Gestützt auf dieses Gutachten wird die Vorinstanz über ihre Leistungspflicht in Form von Heilbehandlung, Taggeld, Rentenleistung und Integritätsentschädigung neu zu verfügen haben.

**9.1** Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_78/2009 vom 31.8.2010 teilweise publ. in BGE 136 II 393 Erw. 12.1; 8C\_503/2009 vom 6.11.2009 Erw. 5 mit Verweisen; vgl. VGE I 2015 85 vom 28.4.2016 Erw. 6.1; VGE I 2014 3 vom 23.7.2014 Erw. 6.1).

**9.2** Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist in der Regel für die Parteien kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**9.3** Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebT; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflicht-

gemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt)  
festzusetzen.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2018 sowie die Verfügung vom 12. April 2018 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - den Vertreter des Beschwerdeführers (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Schwyz, 7. Februar 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 14. Februar 2019

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

