

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 39

Entscheid vom 12. Dezember 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Parteien

C._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt A._____

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. C. _____, geb. _____ 1962, war als Mitarbeiter des Werkdienstes der Gemeinde B. _____ erwerbstätig, als er am 25. Juni 2003 auf seinem Rennrad mit einem Auto kollidierte (Vi-act. 350). C. _____ wurde mit dem Rettungsdienst ins Spital Schwyz gebracht, wo eine Gehirnerschütterung, eine Verstauchung und Zerrung der Wirbelsäule und verschiedene oberflächliche Wunden diagnostiziert wurden (Vi-act. 352). Die Suva erbrachte Taggelderleistungen und übernahm die Heilungskosten. Nach Wiederaufnahme der Arbeit im Oktober 2003 traten Schulterschmerzen auf; in der Folge wurde eine Ruptur der Rotatorenmanschette rechts diagnostiziert und operativ behandelt (Vi-act. 369). Auch diesbezüglich anerkannte die Suva eine Leistungspflicht. Im Frühjahr 2005 konnte die Arbeitstätigkeit in reduziertem Umfang (50%-80%) wieder aufgenommen werden (Vi-act. 15 S. 2-3). Mit Erreichen der von Seiten der Ärzte attestierten vollen Arbeitsfähigkeit im Sommer 2005 nahmen die Beschwerden wieder zu (insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen), weshalb ab November 2005 eine Reduktion der Arbeitstätigkeit auf 50% erfolgte (Vi-act. 18 S. 1). Allmählich konnte das Arbeitspensum daraufhin wieder gesteigert werden und ab Oktober 2006 war C. _____ wieder zu einem vollen Arbeitspensum erwerbstätig (Vi-act. 33, 36). Ca. zwei Jahre später verschlechterte sich der Gesundheitszustand wieder, wobei Kopf- und Nackenschmerzen sowie kognitive Störungen und Schlafstörungen im Vordergrund standen. Vom 28. Juli bis zum 30. August 2008 wurde C. _____ deshalb in der Rehabilitationsklinik Rheinfelden behandelt (Vi-act. 55). Nach dem Austritt aus der Klinik war C. _____ wiederum in einem reduzierten Pensum von 60% erwerbstätig (Vi-act. 66); eine Steigerung der Arbeitstätigkeit konnte in der Folge nicht mehr realisiert werden.

B. Nach umfassenden medizinischen Abklärungen sprach die Suva C. _____ mit Verfügung vom 10. Juni 2013 ausgehend von einer Erwerbsunfähigkeit von 43% eine Rente ab dem 1. Juni 2013 zu sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 45% (Vi-act. 187). Auf Einsprache hin wurde die Rente auf 50% erhöht (Vi-act. 203).

Die IV-Stelle Schwyz sprach C. _____ am 27. März 2014 ebenfalls eine Rente zu und zwar gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40% ab dem 1. Juli 2009 und von 50% ab dem 1. April 2010 (Vi-act. 213).

Nach der Rentenfestsetzung wurde das Arbeitspensum von C. _____ mit Vertragsänderung zum Arbeitsvertrag auf 50% festgesetzt (ab 1.11.2015, Vi-act. 238).

C. Nachdem C. _____ anlässlich einer Besprechung mit der Suva vom 25. Oktober 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte (Vi-act. 242), holte die Suva weitere medizinische Berichte ein. Seit Frühjahr 2017 bestand eine ärztlich attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 282). Mit Schreiben vom 19. Mai 2017 hielt die Suva dann fest, dass sich der Rentenanspruch nicht verändert habe (Vi-act. 263). Dagegen wehrte sich C. _____ (anwaltschaftlich vertreten) mit Schreiben vom 2. Juni 2017 (Vi-act. 265). Er machte insbesondere geltend, die neu aufgetretenen Herzbeschwerden stünden in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 2003.

D. Ab dem 1. November 2017 absolvierte der Versicherte auf Veranlassung der IV ein Arbeitstraining bei der U. _____ für die Dauer von vier Monaten (Vi-act. 270) und in der Folge wurde ein Arbeitsversuch (ebenfalls in der Reismühle Brunnen) für die Dauer von vier Monaten (bis Ende Juni 2018) vereinbart (IV-act. 317 CD-Rom).

Am 28. März 2018 kündigte die Gemeinde B. _____ das Arbeitsverhältnis mit C. _____ per Ende Juni 2018 (IV-act. 325 CD-Rom). Am 19. April 2018 wurde der Arbeitsversuch bei der U. _____ abgebrochen (IV-act. 333 CD-Rom). Mit Schreiben vom 29. April 2018 an die Suva berichtete der Hausarzt von C. _____, dass bei Überkopfarbeiten im Rahmen des Arbeitstrainings Schmerzexacerbationen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung und Gefühlsstörung in die Schulter aufgetreten seien. Es gelte der Zusammenhang mit diesen Beschwerden und dem Unfallereignis von 2003 abzuklären (Vi-act. 298).

E. Die Suva verneinte mit Verfügung vom 30. Mai 2018 einen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 25. Juni 2003 und den gemeldeten Herzbeschwerden (Vi-act. 314). Mit Verfügung vom 22. Juni 2018 verneinte sie auch einen Zusammenhang zwischen den verstärkten HWS-Beschwerden, welche zum Abbruch des Arbeitstrainings geführt hatten, mit dem Unfallereignis von 2003 (Vi-act. 319).

Mit Eingabe vom 3. Juli 2018 liess C. _____ gegen die Verfügung vom 30. Mai 2018 Einsprache erheben (Vi-act. 323). Mit Eingabe vom 21. August 2018 liess er auch gegen die Verfügung vom 22. Juni 2018 Einsprache erheben (Vi-act. 328).

F. Mit Entscheid vom 17. April 2019 ist die Suva auf die Einsprache gegen die Verfügung vom 30. Mai 2018 (betr. Kausalzusammenhang zwischen Herzbeschwerden und Unfallereignis) nicht eingetreten (Vi-act. 345). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

Mit separater Entscheidung vom 17. April 2019 hat die Suva zudem die Einsprache gegen die Verfügung vom 22. Juni 2018 (betr. Kausalzusammenhang zwischen verstärkten Zervikalbeschwerden und Unfallereignis) abgewiesen (Vi-act. 348).

G. Dagegen liess C. _____ mit Eingabe vom 27. Mai 2019 fristgemäss Beschwerde erheben beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit folgenden Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 17.4.2019 bzw. die Verfügung vom 22.6.2018 seien aufzuheben.
2. Die adäquate Unfallkausalität der 2018 eingetretenen Verschlechterung der Situation an der HWS zufolge der Unfallfolgen (Ereignis vom 25.6.2003) bzw. nachgewiesenen zusätzlichen Schäden und Beschwerden anzuerkennen.
3. Entsprechend seien dem Versicherten von der Unfallversicherung Suva Leistungen gemäss UVG in adäquatem, noch zu spezifizierendem Umfang zu erbringen.
4. Es sei gegebenenfalls die Frage der Unfallkausalität der aktuellen Verschlechterung der Situation an der HWS zum Unfallereignis 2003 einem erfahrenen Traumatologen bzw. orthopädischen Chirurgen wie zum Beispiel Prof.Dr. Clément Werner, Universitätsspital Zürich, zur Begutachtung vorzulegen.
5. Kosten und Entschädigungsfolge.

Mit Eingabe vom 21. Juni 2019 liess C. _____ zusätzliche Dokumente beim Gericht einreichen.

H. Die Suva beantragt mit Vernehmlassung vom 12. August 2019 die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer liess sich dazu mit Eingabe vom 13. September 2019 vernehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1, vom 6.10.2000). Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 Erw. 3 m.H.).

Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (BGE 127 V 457 Erw. 4b, Urteil BGer U 98/05 v. 19.7.2005 Erw. 2.2). Unter diesen Titeln kann daher nicht eine uneingeschränkte neuerliche Prüfung vorgenommen werden. Vielmehr ist von der rechtskräftigen Beurteilung auszugehen, und die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (vgl. Art. 17 ATSG). Demgegenüber vermag die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts keinen Grund für die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen abzugeben (vgl. Urteil BGer U 98/05 v. 19.7.2005 Erw. 2.2).

1.1.2 Gemäss Praxis ist in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht Erheblichkeit im Sinne von Art. 17 ATSG anzunehmen, wenn eine absolute Veränderung im Invaliditätsgrad von 5% und im Fall eines Invaliditätsgrades von über 50% kumulativ eine relative Veränderung von mindestens 10% eingetreten ist. Verglichen werden muss dabei der Zustand, welcher bei der ursprünglichen bzw. früheren Rentenverfügung vorgelegen hat, mit demjenigen Sachverhalt, welcher zum Zeitpunkt der neuen Verfügung der Rentenanpassung besteht (KOSS - Hürzeler/Kieser, Art. 22 N 6 m.H.).

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 entfiel; d.h. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; 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 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (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 des 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, je mit Hinweisen). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen spielt die Adäquanz im Sozialversicherungsrecht praktisch keine Rolle, weil sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 Erw. 2.1, 127 V 102 Erw. 5b/bb mit Hinweisen). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die 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 dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.3 mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nach Schweregrad des Unfalles weitere unfallbezogene Kriterien mit einzubeziehen (BGE 117 V 359 Erw. 6, 115 V 133 Erw. 6 S. 138 ff.). Bei nach einem Unfall auftretenden psychischen Fehlentwicklungen werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa), während bei Schleudertraumen (BGE 117 V 359 Erw. 6a) und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67, U 183/93 E. 2) sowie bei Schädelhirntraumen (BGE 117 V 369 Erw. 4b) auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird. Dies, weil für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges als einer Rechtsfrage nicht entscheidend ist, ob die im Anschluss an eine solche Verletzung auftretenden

Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen, vielschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereiten würde (BGE 134 V 109 Erw. 6.2.1; vgl. zum Ganzen auch BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb S. 103, SVR 2007 UV Nr. 8 S. 27, 8C_354/2015 v. 13.10.2015 Erw. 3 m.H.).

1.2.3 Bei der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle und Spätfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges beim Grundfall und bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil BGer 8C_163/2013 v. 28.11.2013 Erw. 2.2 m.H. auf SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1, M 1/02 Erw. 1.2; Urteil BGer 8C_669/2011 vom 22.2.2012 Erw. 2.2).

1.3.1 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; 119 V 338 Erw. 1; 118 V 289 Erw. 1b; je mit Hinweisen).

Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 Erw. 3b; Urteil des EVG U 69/03 vom 7.4.2004 Erw. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C_521/2008 vom 5.12.2011 Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

1.3.2 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.A., Art. 43 Rz. 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. 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 nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien 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 allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen

1.4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf

Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson 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 mit Hinweisen).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 210 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 357 Erw. 1c).

Auch den 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 (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. 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 (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

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. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; 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 BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.4.2 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

1.5 Zu ergänzen ist, dass das strukturierte Beweisverfahren nach den Vorgaben von BGE 141 V 281 nicht darauf ausgerichtet ist, den Nachweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs zu erbringen. Fehlt es bereits an der wesentlichen Leistungsvoraussetzung der Kausalität, erübrigt sich ein strukturiertes Beweisverfahren (Urteile 8C_181/2019 vom 2.5.2019 Erw. 5.2; 8C_261/2019 vom 8.7.2019 Erw. 4.3.1).

2.1 Umstritten ist die Leistungspflicht des Unfallversicherers für die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Diesbezüglich hat die Vorinstanz zwei Verfügungen erlassen. Zunächst hat sie mit Verfügung vom 30. Mai 2018 einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den gemeldeten Herzbeschwerden verneint (Vi-act. 314). Diese Verfügung ist (nachdem die Suva auf eine entsprechende Einsprache dagegen nicht eingetreten ist) in Rechtskraft erwachsen. Mit Verfügung vom 22. Juni 2018 hat die Suva auch ei-

nen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten verstärkten HWS-Beschwerden verneint. Diese Verfügung bzw. der auf Einsprache dagegen hin erlassene Entscheid ist Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Es stellt sich mithin die Frage, ob zwischen dem Unfallereignis vom 25. Juni 2003 und den geltend gemachten verstärkten HWS-Beschwerden ein Kausalzusammenhang besteht und ob diesbezüglich von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist, welche eine Revision des Rentenanspruches rechtfertigen würde.

2.2 Die Suva hat im Einspracheentscheid eine Leistungspflicht für die geltend gemachten verstärkten Schmerzen im HWS-Bereich verneint mit der Begründung, diese Beschwerden seien nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Sie verweist diesbezüglich auf verschiedene medizinische Berichte von Suva-Ärzten sowie auf die Beurteilung der Neurologin Dr.med. D. _____, die beim Unfall erlittene Schädelprellung sei vollständig ausgeheilt. Die aktuelle Bildgebung der HWS zeige nur degenerative Veränderungen.

2.3 Der Beschwerdeführer macht geltend, die verstärkten HWS-Beschwerden, welche zum Abbruch des IV-Arbeitsversuches geführt hätten, seien auf das Unfallereignis zurück zu führen. Seit dem Unfall sei er regelmässig in Behandlung wegen HWS-Beschwerden. Vor dem Unfall hätten solche nicht bestanden. Eine Vorschädigung der HWS habe nicht bestanden. Entgegen der Annahme im Bericht des SUVA-Arztes Dr.med. E. _____ habe er vor dem IV-Arbeitsversuch auch keine Überkopfarbeiten, welche für die Schmerzexazerbation verantwortlich sein könnten, ausüben müssen. Die Schmerzexazerbation habe zwar zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes geführt, initial habe aber nicht die psychische Problematik im Vordergrund gestanden. Der Beschwerdeführer verweist im Weiteren auf die Stellungnahmen seines Hausarztes, welcher einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten verstärkten HWS-Beschwerden bejahe. Zur Frage der Kausalität würden mithin diametrale Einschätzungen vorliegen, weshalb eine neutrale Beurteilung bei einem Wirbelsäulenspezialisten einzuholen sei. Im Übrigen sei auch dann, wenn degenerative Veränderungen vorbestehend wären, eine Leistungspflicht der Suva zu bejahen. Der Unfallversicherer sei auch für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, welche aufgrund des Unfallereignisses vorzeitig eingetreten seien oder sich dadurch verschlimmert hätten.

3.1 Die bestehende 50%-Rente wurde dem Versicherten aufgrund von psychischen Leiden gestützt auf eine psychiatrische Begutachtung zugesprochen (vgl.

Vi-act. 187). Eine Verschlimmerung der psychischen Leiden wird nicht geltend gemacht, vielmehr beruft sich der Beschwerdeführer auf HWS-Beschwerden, welche nach der Rentenfestsetzung eingetreten seien. Die Frage, ob diesbezüglich seit der Rentenfestsetzung eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, hat die Vorinstanz allerdings nicht geprüft. Sie hat sich im streitigen Einspracheentscheid vielmehr auf die Prüfung der Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang beschränkt.

3.2 Zur Frage der Unfallkausalität von verstärkten HWS-Beschwerden sowie zur Frage des Verlaufs des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Rentenfestsetzung (mit Einspracheentscheid vom 27.11.2013, Vi-act. 203) ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

3.2.1 Am Unfalltag wurden im Spital neben einer Gehirnerschütterung und verschiedenen oberflächlichen Wunden eine Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule diagnostiziert (Vi-act. 352). Zum Röntgenbefund der HWS wird ausgeführt (Vi-act. 352 S. 2):

Physiologische Lordose, leichte Streckung zwischen HW 3 und 6, hier etwas höhengeminderte Bandscheibenfächer und mässige Unkarthrosen HW 3-6. Bogenschlussstörung HW 6.

Zum Ausschluss einer Fraktur wurde zudem eine CT-Untersuchung durchgeführt, wobei sich keine Hinweise für eine strukturelle Läsion der HWS ergaben (Vi-act. 352 S. 3). Im weiteren Verlauf wurde zudem eine Ruptur der Rotatorenmanschette rechts diagnostiziert und operativ behandelt, wobei die Unfallkausalität anerkannt wurde.

3.2.2 Der Heilungsverlauf war schleppend. Insbesondere persistierten Nacken- und Kopfschmerzen und es entwickelte sich eine depressive Symptomatik (vgl. Vi-act. 17, 25). Der Hausarzt Dr.med. Q._____, und die Suva veranlassten verschiedene medizinische Abklärungen. Der Neurologe Dr.med. F._____ hielt in seinem Bericht vom 15. Mai 2006 fest, sowohl aus neuropsychologischer Sicht wie auch aus neurologischer Sicht könnten die Beschwerden des Patienten (konkret: Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, Vergesslichkeit) durch eine depressive Entwicklung erklärt werden. Der Patient habe Mühe, dies als alleinige Ursache zu akzeptieren. Im Rahmen einer ambulanten Untersuchung in der Rehaklinik Bellikon vom 17. Juli 2006 diagnostizierten lic.phil. V._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Dr.med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie neben einer HWS-Distorsion mit fraglicher leichter traumatischer Hirnverletzung eine herabgesetzte

psychophysische Dauerbelastbarkeit im Rahmen einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung (Suva-act. 31).

3.2.3 Mit Zwischenbericht vom 23. November 2006 hielt der Hausarzt dann fest, dass der Verlauf erfreulich sei, es bestünden nurmehr gelegentlich, nach grösserer Belastung vorübergehende Knieschmerzen rechts und gelegentlich auch Kopfschmerzen. Die Behandlung sei abgeschlossen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht mehr attestiert (Vi-act. 37).

3.2.4 Offenbar verschlimmerten sich die Beschwerden in der Folge wieder. Wegen lumboradikulären Schmerzen veranlasste der Hausarzt im Januar 2007 eine MRI-Untersuchung. In der entsprechenden Beurteilung vom 23. Januar 2007 hielt der Radiologe Dr.med. H._____ fest, dass thorakal und lumbal keine posttraumatischen Schäden verifizierbar seien. Es wird ein kleiner Anulus fibrosus beschrieben, eine Kompression neuraler Strukturen sei aber nicht sichtbar. Es bestünden altersgemässe Arthrosen (Vi-act. 41). Mit Bericht vom 2. März 2007 beschreibt Dr.med. I._____, Facharzt für Orthopädie, zunehmende Schmerzen in der unteren LWS und er hält fest (Vi-act. 38 S. 2):

Die im MRI vom 23.1.07 beschriebene Veränderung L5/S1 mit Riss des Anulus fibrosus und minimaler Dorsalverlagerung des Nucleus pulposus medial ist sicher nicht als Unfallfolge anzusehen.

Wir haben mit dem Patienten und seiner anwesenden Ehefrau die Situation ausführlich besprochen. Dabei haben wir ihn auch informiert, dass von unserer Seite im Vordergrund eine Schmerzbehandlung mit Verbesserung der Funktionalität und keine rechtsmedizinischen Aussagen im Sinne eines Unfallzusammenhangs, Unfallfolgen, Schuldzuweisung usw. gemacht werden!

Im Bericht vom 5. Oktober 2007 (Vi-act. 39) verweist Dr.med. I._____ auf die Röntgenaufnahme der HWS vom 12. März 2007, wonach eine beginnende Osteochondrose C3/4 und C6/7 bestehe. Insgesamt wird von einer merklichen Verbesserung der Situation im HWS-Bereich berichtet.

3.2.5 Wegen wiederholter Verschlimmerung der Schmerzsituation wurde der Versicherte vom 28. Juli bis zum 30. August 2008 zur Schmerztherapie in der Reha-Klinik Rheinfelden stationär behandelt. In Bezug auf die Bereiche HWS/Kopf wurden ein persistierendes zervicozephalales Syndrom, leichte neuropsychologische Funktionsstörungen mit herabgesetzter psychophysischer Dauerbelastbarkeit mit posttraumatischer Belastungsstörung (regredient) und depressive Stimmungsschwankungen diagnostiziert (Vi-act. 55 S. 1). Bei Austritt wurde ein deutlich verbesserter Zustand attestiert und die Arbeitsfähigkeit wurde ab Austrittsdatum auf 100% festgelegt (Vi-act. 55 S. 3). Diese Einschätzung wurde vom Hausarzt nicht geteilt und er regte eine schrittweise Erhöhung der Arbeits-

tätigkeit von 60% (Leistungsumfang vor dem Klinikeintritt) an (Vi-act. 60). Allerdings konnte in der Folge keine Erhöhung des Arbeitspensums auf über 60% erreicht werden.

3.2.5 Der Kreisarzt Dr.med. J._____ führte in der Beurteilung vom 10. Februar 2009 nach einer Untersuchung des Versicherten aus (Vi-act. 72 S. 6):

Die aktuell vorherrschenden Beschwerden sind schwierig zu erklären, zumal eigentlich vor 3 Jahren ein recht erfreulicher Zustand bestanden hat, (...).

Bezüglich der Unfallfolgen können keine weiteren medizinischen Massnahmen mehr empfohlen werden. Der Endzustand ist erreicht.

Die 40%ige Arbeitsunfähigkeit ist wegen den objektivierbaren Unfallfolgen nicht nachvollziehbar. Eigentlich sollte er wieder 100% arbeiten können. (...).

Es ist kein objektiver Schaden eingetreten und somit ist auch keine Integritätsentschädigung geschuldet.

Eine neurologische Untersuchung wurde bereits durchgeführt. Dr. F._____ interpretiert die Beschwerden infolge einer depressiven Entwicklung. Ohne objektivierbaren Schaden im Bereich des Zentralnervensystems ist eine neuropsychologische Untersuchung betreffend Unfallfolgen irrelevant.

3.2.6 Nachdem eine volle Arbeitstätigkeit weiterhin nicht erreicht wurde, veranlasste die Suva eine psychiatrische Begutachtung durch Dr.med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Luzerner Psychiatrie (lups). Im ausführlichen Gutachten vom 1. April 2010 gelangten Dr.med. K._____ und Dr.med. L._____ (Assistenzarzt) zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 102 S. 34):

1. Verdacht auf Persistieren der minimalen traumatischen Hirnverletzung nach Velounfall (ICD-10 F07.2)
2. Leichte neuropsychologische Hirnfunktionsstörung
3. Posttraumatische Belastungsstörung, unvollständig remittiert (ICD-10 F43.1)
4. Leicht bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
5. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F43.1)

Es würden verschiedene psychische Störungen vorliegen, deren Symptome sich z.T. überschneiden würden. Wenn man das Störungsbild als Ganzes betrachte, könne das Zustandekommen der psychischen Störung als Zusammenspiel verschiedener Faktoren erklärt werden. Gewisse Faktoren (hirnorganische und posttraumatische) stünden in einem direkten Zusammenhang mit dem Unfallereignis, andere seien als prädisponierend (vorbestehende charakterliche Bewältigungsstrategien) oder reaktiv (Depression) zu verstehen (Vi-act. 102 S. 36).

Die Arbeitsfähigkeit schätzten die Gutachter unter Berücksichtigung des Schweregrades der diagnostizierten Störungen auf 60%. Für die Verarbeitung des Un-

fallgeschehens und der Unfallfolgen empfahlen die Gutachter die Wiederaufnahme der psychotherapeutischen Behandlung sowie eine medikamentöse antidepressive Behandlung (Vi-act. 102 S. 35 und 36). Der Integritätsschaden (infolge einer leichten bis mittelschweren psychischen Störung) wurde auf 35% geschätzt.

3.2.7 Im Weiteren wurde von der Suva auch ein neurologisches Gutachten veranlasst zur Klärung der Frage, ob eine hirnorganische Schädigung vorliegt. Dr.med. M._____, Facharzt für Neurologie, gelangte dabei zum Schluss, dass die Kriterien für das Vorliegen einer MTBI (leichte traumatische Hirnverletzung) nicht erfüllt seien. Aber auch wenn eine solche vorgelegen hätte, wären damit die langjährigen Beschwerden bei einem symptomfreien Intervall von zwei Jahren nicht zu erklären (Vi-act. 118 S. 15). Im Rahmen der Begutachtung wurde eine MRI-Untersuchung des Gehirns durchgeführt, wobei sich keine Hinweise für eine strukturelle traumatische Läsion ergaben (Vi-act. 118 S. 19). Auch die erlittene HWS-Distorsion (ohne objektivierbare Befunde) könnte aus neurologischer Sicht keine über Jahre anhaltenden Beschwerden erklären. Die beim Unfall erlittene Schädelprellung und die leichte HWS-Distorsion seien vollständig ausgeheilt. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 118 S. 18).

3.2.8 Nachdem die Suva eine Ergänzung des psychiatrischen Gutachtens insbesondere zur Klärung der Frage nach der Überwindbarkeit der geklagten Beschwerden sowie zum Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (Divergenz zum neurologischen Gutachten) in Auftrag gegeben hatte, wurde der Versicherte nochmals von Dr.med. K._____ und Dr.med. W._____ (Assistenzarzt) begutachtet. Dabei hielten sie in der Beurteilung vom 26. März 2012 an den vorgängig gestellten Diagnosen fest. Die im Rahmen von neuropsychologischen Untersuchungen festgestellten Defizite hätten jeweils unabhängig vom Schweregrad der Depression oder des Schmerzverlaufs bestanden, weshalb diese nicht einfach durch die psychischen Defizite erklärt werden könnten. Der Normalbefund eines bildgebenden Verfahrens könne eine stattgefundene Hirnschädigung nicht ausschliessen und es sei in der Wissenschaft bekannt, dass ein (kleiner) Teil von Patienten mit HWS-Distorsionen an langandauernden kognitiven Defiziten leiden würden. Im Weiteren verneinten die Gutachter die Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100%. Bei der aktuellen 60%-igen Arbeitstätigkeit als Gemeindearbeiter schöpfe der Versicherte die verbliebene Arbeitsfähigkeit maximal aus (Vi-act. 159).

Gestützt auf diese Beurteilungen erfolgte danach die Rentenfestsetzung durch die Suva am 10. Juni 2013 (Verfügung) bzw. am 27. November 2013 (Einspracheentscheid (vgl. Ingress Bst. B)).

3.2.9 Nachdem der Versicherte anlässlich einer Besprechung mit der Suva sowie weiteren Beteiligten vom 25. Oktober 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte, holte die Vorinstanz weitere medizinische Berichte ein.

Dr.med. N._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) berichtete am 20. Dezember 2016, dass es nach der Rentenfestsetzung zu einer deutlichen Aufhellung des Zustandsbildes gekommen sei. Kurze Zeit später sei es jedoch zu Unstimmigkeiten mit der Arbeitgeberin gekommen und der Versicherte sei erneut in eine depressive Reaktion geraten. Im November 2016 sei dann eine koronare Herzkrankheit festgestellt worden. Prognostisch ging Dr.med. N._____ von einem stabilen Zustand aus (Vi-act. 249).

3.2.10 Mit Verlaufsbericht vom 11. Februar 2017 schilderte der Hausarzt des Versicherten, Dr.med. Q._____, die bekannten unfallbedingten Diagnosen (Status nach Verkehrsunfall mit schwerer HWS-Distorsion und Commotio cerebri) und eine neu aufgetretene koronare Herzkrankheit (mit Stentimplantation bei erhaltener rechts- und linksventrikulärer Funktion, Vi-act. 258). Ab Juli 2016 habe der Versicherte über eine allgemeine Zustandsverschlechterung mit Erschöpfung, Schlaflosigkeit und Rückzug berichtet. Diese Verschlechterung habe sich im Rahmen eines Zwists mit der Arbeitgeberin ereignet, welche Änderungen im seit Jahren bewährten Einsatzplan verlangt habe, was den Versicherten zunehmend überfordert habe (neu Einsatz jeden Vormittag, zuvor drei ganze Tage/Wo mit je einem freien Tag dazwischen; vgl. Bericht N._____, Vi-act. 249). Die kardiale Abklärung habe eine koronare Herzkrankheit ergeben. Nach der Stent-Implantation habe sich die körperliche Leistungsfähigkeit erheblich verbessert und annähernd den Vorzustand erreicht.

3.2.11 Der Suva-Arzt Dr.med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner versicherungspsychiatrischen Standortbestimmung vom 23. März 2017 fest, es könne davon ausgegangen werden, dass die wahrscheinlich nur vorübergehende Verschlechterung der Leistungsfähigkeit (ab Herbst 2015) nicht unfallbedingt gewesen sei, sondern durch den entstandenen Arbeitskonflikt und die eingetretene koronare Herzkrankheit bedingt gewesen sei. Die unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätten sich seit dem vor fünf Jahren erstellten psychiatrischen Gutachten nicht wesentlich verändert. Eine psychiatrische Behandlung sei zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit wei-

terhin erforderlich, werde aber zu keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes führen (Vi-act. 260).

3.2.12 Gemäss Arztbericht von Dr.med. N. _____ zu Händen der IV vom 28. August 2017, bestand ab Frühjahr 2017 volle Arbeitsunfähigkeit. Es wird von einer psychisch stark verminderten Belastbarkeit und einer langdauernden emotionalen Stressbelastung durch eine schwierige Arbeitsplatzsituation berichtet (Vi-act. 282 S. 33 und 34). Die Situation am alten Arbeitsplatz sei derart verfahren, dass eine Umschulung/ Umplatzierung des Versicherten als sinnvoll erscheine (Vi-act. 282 S. 39).

3.2.13 Wegen verstärkten Nackenbeschwerden mit Taubheitsgefühl über die Schultern bis zu den Daumen wurde am 20. April 2018 eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule durchgeführt. In der entsprechenden Beurteilung wird festgehalten (Dr.med. P. _____, Röntgeninstitut Schwyz AG, Vi-act. 297):

Moderate Chondrose C3-4 und C5-6. Z.T. deutliche Unkarthrosen C3-C6 bds., dadurch bedingte Einengungen der Neuroforamina C3-4 und C5-6 bds. Dieser Befund kann die o.g. Symptomatik gut erklären. Keine Diskushernie.

3.2.14 Dr.med. Q. _____ führte dazu mit Bericht vom 29. April 2018 zu Händen der Suva aus (Vi-act. 298), im Rahmen eines Eingliederungsprogrammes der IV bei der Reismühle Brunnen sei es nach Überkopfarbeiten mit der Notwendigkeit den Kopf maximal zu reklinieren zu einer Schmerzexacerbation im Nacken mit Ausstrahlung und Gefühlsstörungen über die Schulter bis hinunter in den Daumen/Zeigefinger gekommen. Zur Schmerzlinderung hätten Steroide und Opiate eingesetzt werden müssen. Es gelte den Zusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfallereignis von 2003 abzuklären. Die aktuell im MRI belegten stenosierenden Unkarthrosen an der HWS würden ihm altersbezogen verfrüht erscheinen. Zurzeit sei der Versicherte arbeitsunfähig.

3.2.15 Am 15. Mai 2018 wurde der Versicherte durch Dr.med. D. _____, Fachärztin für Neurologie, untersucht. Sie diagnostizierte ein sensomotorisches Cervicobrachialsyndrom links bei Status nach HWS-Distorsion, degenerativen HWS-Veränderungen und zentralen Schmerzfactoren. In der Beurteilung hielt sie fest (Vi-act. 312):

(...). Eine strukturelle Schädigung der Wurzeln C5, C6 und C7 konnte elektromyographisch ausgeschlossen werden, ebenso eine Radialisläsion und eine Armpflexusläsion. Auch für eine vordere Myelonläsion findet sich kein Hinweis. Die Medianusneurographie zeigt eine grenzwertige DML, so dass ein leichtgradiges CTS möglich ist, welches aber die aktuellen Beschwerden nicht hinreichend erklärt. Im klinischen Neurostatus finden sich Zeichen der Symptomakzentuierung und geringen Schmerztoleranz, die angegebenen sensomotorischen Störungen

sind weder einem definierten radikulären noch peripheren Dermatome oder Myotome zuzuordnen. Augenfällig ist der zeitliche Zusammenhang zur Kündigung und Berufseingliederungsmassnahme der IV, so dass ich gewisse sozioökonomische Faktoren bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik sehe.

3.2.16 Nachdem von Seiten des Versicherten ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Entstehen der koronaren Herzkrankheit geltend gemacht worden war, erfolgte eine internistische Beurteilung durch die Suva-Ärztin Prof.Dr.med. R._____, Fachärztin für Innere Medizin. Sie gelangte zum Schluss, dass die geltend gemachten Herzbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen seien (Beurteilung vom 29.5.2018, Vi-act. 313).

3.2.17 Zur Frage nach dem Kausalzusammenhang mit den als Rückfall geltend gemachten HWS-Beschwerden und dem Unfallereignis nahm der Kreisarzt Dr.med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, mit Beurteilung vom 11. Juni 2018 Stellung (Vi-act. 316). Dabei hielt er fest, dass bereits rechtzeitig keine überwiegend wahrscheinlich unfallbedingten strukturellen Läsionen bildgebend objektiviert worden seien. Das aktuelle MRI (vom 19.4.2018) zeige degenerative Veränderungen. Hinweise für eine unfallbedingte strukturelle Läsion seien wiederum nicht darstellbar. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass im natürlichen Verlauf von fast 15 Jahren nach dem Unfall degenerative Veränderungen bei überwiegend Überkopfarbeiten stattgefunden hätten.

3.2.18 Mit Bericht vom 8. Juli 2018 an die Suva (Vi-act. 328) wies der Hausarzt darauf hin, dass der Versicherte die letzten Jahre nicht vorwiegend Überkopfarbeiten ausgeführt habe, sondern dass es nach einem Arbeitsversuch mit Überkopfarbeiten zur Schmerzexacerbation im Bereich der HWS gekommen sei. Der Versicherte sei wegen Beschwerden im Bereich des Nackens seit dem Unfallereignis immer wieder in ärztlicher Behandlung gewesen. Dabei seien bereits 2007 degenerative Veränderungen beschrieben worden, die beim Unfall offenbar noch nicht vorhanden gewesen seien. Der Hausarzt anerkennt im Weiteren, dass die Psyche des Versicherten durch die jahrelangen Querelen mit dem ehemaligen Arbeitgeber arg strapaziert worden sei. Die Kündigung habe jedoch befreiend gewirkt und im Rahmen der Tätigkeit in der Reismühle Brunnen habe er sich akzeptiert gefühlt. Diese Tätigkeit habe er mit vollem Einsatz in Angriff genommen und der psychische Gesundheitszustand habe sich verbessert. Im Zeitpunkt der Beschwerdeexacerbation im April 2018 hätten mithin keine diese auslösenden psychosozialen Faktoren bestanden. Aus hausärztlicher Sicht sei der unfallkausale Zusammenhang der aktuellen Nackenbeschwerden überwiegend wahr-

scheinlich, indem die stenosierenden Unkarthrosen altersadaptiert verfrüht und ohne anderen ersichtlichen Grund aufgetreten seien.

Diesem Bericht des Hausarztes war ein Bericht von Dr.med. S._____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 29. Mai 2018 beigefügt. Dr.med. S._____ gelangte zu folgenden Diagnosen:

- Leichte Dehydration und Höhenminderungen der Bandscheiben C3-4 und C5-6
- mässige Unkarthrosen von C3 und C6 bds. mit konsekutiver Einengungen der Neuroforamina C3-4 und C5-6 bds. linksbetont.

In der Beurteilung führt Dr.med. S._____ aus, aktuell bestehe ein ausgeprägtes Cervikalsyndrom mit leichter diffuser Schmerzausstrahlung in den linken Arm. Dieses bestehe bereits seit dem Unfall 2003. Nach einem Arbeitsversuch, bei welchem der Patient während acht Stunden habe über Kopf arbeiten müssen, sei es zu einer massiven Exacerbation der Beschwerden gekommen. Bei Nachweis von Unkovertebralarthrosen von C3-C6 sei es durchaus möglich, dass bei einer längeren Tätigkeit über Kopf sich eine massive Schmerz Symptomatik manifestieren könne. Im Weiteren führt sie aus:

Somit besteht sicherlich ein Zusammenhang zwischen der aktuellen Schmerzexazerbationen und den vorbestehenden degenerativen Veränderungen bzw. Folge des Unfalls 2003.

3.2.19 Im Bericht vom 30. Juli 2018 schildert Dr.med. N._____ einen seit August 2017 stark wechselnden Verlauf. Im Januar 2018 habe sich der Versicherte bei der Arbeit an der rechten Hand verletzt. Ende März 2018 sei das Arbeitsverhältnis von der Gemeinde gekündigt worden, daraufhin hätten sich die Schlafprobleme verstärkt. Mitte April 2018 sei es dann im Rahmen eines Arbeitsversuches nach Überkopfarbeiten zu massiven Zervikalschmerzen gekommen. Der Unfall Ende Januar und die Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Gemeinde hätten erneut eine schwere depressive Krise ausgelöst. Dr.med. N._____ attestierte ab 16. April 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 335). Mit Bericht vom 24. September 2018 ergänzte Dr.med. N._____ gegenüber der Suva, das Zervikalsyndrom sei aus seiner Sicht ursächlich für die erneuten depressiven Episoden. Es gebe keine sozioökonomischen Faktoren, welche die Symptomatik aufrecht erhalten würden.

3.2.20 Der RAD-Arzt Dr.med. T._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt mit Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 zu Händen der IV fest, beim festgestellten Cervikobrachialsyndrom ohne neurologische Ausfälle bestünde eine gute Prognose. Aktuell sei das Leiden noch nicht austherapiert. Eine angepasste leichte, wechselbelastende Arbeit ohne Zwangshaltung

sei dem Versicherten zu 50% zumutbar, mit Potential zur Arbeitssteigerung (IV-act. 395 CD-Rom).

Mit Stellungnahme vom 13. Dezember 2018 führte Dr.med. T._____ aus, es bestünden keine wesentlichen Veränderungen der Diagnosen zu den Diagnosen bei der Rentenzusprache. Dem Versicherten könne ein 50%-iges Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wechselbelastend, ohne Zwangshaltung gebückt/über Kopf, ohne Zeitdruck, ohne zu hohe kognitive Anforderungen), weiterhin zugemutet werden (IV-act. 415 CD-Rom).

3.2.21 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens veranlasste die Vorinstanz eine chirurgische Beurteilung durch med.pract. X._____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Facharzt für Viszeralchirurgie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin. Aus dieser Beurteilung vom 8. August 2019 ergibt sich:

(...).

Mit dem Austrittsbericht des Spitals Schwyz vom 08.07.2003 wird u.a. eine Verstauchung und Zerrung der HWS als Diagnose genannt. Es wird darauf verwiesen, dass es ungefähr 10 Jahre zuvor bereits im Rahmen eines Unfalls zu einer HWS-Verletzung gekommen sei. Als Befund der radiologischen Diagnostik der Halswirbelsäule (HWS) wird angegeben:

- eine physiologische Lordose
- höhengeminderte Bandscheibenfächer und mässige Unkarthrosen HWS 3-6
- eine Bogenschlussstörung des HWK 6
- CT-morphologisch kein Nachweis einer frischen Traumafolge an der HWS

Der Unfall vom 25.06.2003 hat somit einen Vorzustand im Bereich der HWS getroffen. Neben dem Status nach HWS-Verletzung ca. 10 Jahre zuvor werden mit den radiologischen Berichten Bandscheibenschäden in den Segmenten von HWK 3 bis HWK 6 dokumentiert (die Höhenminderung der Bandscheibenfächer ist Zeichen der "Degeneration" und wird als Chondrose bezeichnet). Diese Bandscheibenveränderungen haben bereits eine mässiggradige Arthrose im Bereich der Processus uncinati in diesen Segmenten (Unkarthrose) verursacht. Die Bogenschlussstörung des HWK 6 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anlagebedingt und stellt gleichfalls einen Vorzustand dar.

Der Hausarzt des Versicherten (...) berichtet am 13.06.2019, dass er den Versicherten bereits im Januar 2003, also ungefähr 5 Monate vor dem Unfall vom 25.06.2003, wegen eines perakuten Cervikalsyndroms (...) mit blockierter HWS (...) und ausgeprägten Myogelosen (...) behandelt habe (...). Diese Aussage bestätigt, dass der Vorzustand an der HWS zu diesem Zeitpunkt symptomatisch war.

Strukturelle Schäden an der HWS werden bildgebend nicht objektiviert.

(...).

Unter Bezugnahme zur Stellungnahme von Dr.med. Q._____ vom 8. Juli 2018 hielt med.pract. X._____ fest, dieser habe seine Ausführungen offenbar in Unkenntnis des Austrittsberichts des Spitals Schwyz sowie der Röntgen- und CT-Bilder vom 25.6.2003 gemacht. Dazu führt er aus:

Osteochondrosen sind Zeichen einer fortgeschrittenen Degeneration der Discus intervertebrales, der Bandscheiben. Neben der Höhenminderung des betreffenden Bandscheibenfachs (Chondrose) ist nun bildgebend auch eine subchondrale Sklerose der Grund- und Deckplatten nachweisbar.

Der Versicherte war zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 25.06.2003 bereits 41 Jahre alt. Wie bei einem grossen Teil der Normalbevölkerung in der gleichen Altersgruppe (...) werden bei ihm bildgebend mittels konventioneller Röntgendiagnostik und einer Computertomographie "degenerative" Veränderungen der HWS in den unteren Segmenten der HWS mit Bandscheibenschäden und Arthrosen im Bereich der Processus uncinati unmittelbar nach dem Unfall vom 25.06.2003 dokumentiert.

Damit können die bildgebend dokumentierten degenerativen Veränderungen der HWS des Versicherten nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25.05.2003 zurückgeführt werden, da diese Veränderungen über lange Zeiträume von Jahren entstehen (...).

Diese Veränderungen schreiten im vorliegenden Fall langsam voran, was anhand der konventionellen Röntgenbilder der HWS vom 12.02.2007 (...) dokumentiert ist. (...).

Mehr als 11 Jahre später ist ein weiteres Fortschreiten der degenerativen Veränderungen, die typischerweise vorwiegend die unteren Anteile der HWS betreffen, mit der MR-Tomographie vom 19.4.2018 dokumentiert. Nun werden auch Einengungen der Neuroforamina durch Spondylosen und Unkarthrosen dargestellt.

(...).

Bandscheibenbedingte "degenerative" Veränderungen der Halswirbelsäule werden bereits ab der 3. Lebensdekade in der Allgemeinbevölkerung bildgebend dokumentiert (...).

Degenerative Veränderungen korrelieren bei älteren Patienten schlecht mit den klinischen Symptomen (...) die Veränderungen werden häufig auch ohne klinische Symptomatik dokumentiert (...). Genaue Angaben dazu, wann bzw. in welcher Altersgruppe welche "degenerativen" Veränderungen an der HWS bildgebend nachweisbar sein sollen, sucht man in der Literatur vergeblich.

Gegen eine mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegebenen Kausalität des Unfalls vom 25.06.2003 für die bei dem Versicherten bildgebend mit der MR-Tomographie vom 19.04.2018 nachgewiesenen Veränderungen der HWS spricht, dass - ohne eine besondere Betonung eines bestimmten Segments - mehrere benachbarte Segmente der unteren HWS an typischer Position davon betroffen sind (was einem häufig in der Normalbevölkerung anzutreffenden Befund entspricht).

Die degenerativen Veränderungen schreiten darüber hinaus auch langsam und nicht deutlich beschleunigt über den Verlauf von vielen Jahren voran.

Wären unfallkausal strukturelle Verletzungen der HWS im Rahmen des Ereignisses vom 25.06.2003 entstanden, so wäre mit einem bevorzugten Verschleiss des davon betroffenen Segments zu rechnen (...).

Nochmals unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Hausarztes führt med.pract. X. _____ an, dass dieser eine unzulässige "post hoc - propter hoc" Argumentation führe. Rezidivierende Nackenschmerzen gehörten weltweit zu den häufigsten Gründen für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Gestützt auf die epidemiologischen Daten sei überwiegend wahrscheinlich, dass diese Beschwerden keine spezifische Ursache hätten. In Bezug auf die Beurteilung von Dr.med. S. _____ führt med.pract X. _____ aus, diese gehe zu Unrecht von einer im Rahmen des Unfalls erlittenen schweren HWS-Distorsion aus, denn strukturelle Veränderungen seien nicht dokumentiert worden. Wiederum weist er darauf hin, dass allein die zeitliche Inzidenz von Unfall und Nackenschmerzen einen kausalen Zusammenhang nicht zu dokumentieren vermöge.

Zusammenfassend erachtet es med.pract. X. _____ nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in die oberen Extremitäten Folge des Ereignisses vom 25. Juni 2003 seien.

3.2.22 Dr.med. Q. _____ äusserte sich nochmals mit Bericht vom 12. September 2019 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zur Frage des Kausalzusammenhangs. Dabei führte er aus, dass der Versicherte vor dem Unfall ein Mal bei ihm in Behandlung war wegen HWS-Beschwerden (Januar 2003), die Beschwerden seien innert weniger Tage verschwunden. Nach dem Unfallereignis hätten dann andauernde HWS-Beschwerden bestanden, welche im Verlauf schlimmer wurden. Es sei kaum vorstellbar, dass beim heftigen Velounfall, welcher der Versicherte erlitten habe, keine Mikroverletzungen an der HWS und der umgebenden Strukturen eingetreten seien. Von primär in der Bildgebung sichtbaren Gelenksverletzungen wisse man, dass es häufig zu verfrühten Degenerationen dieser Gelenke kommen könne (z.B. verfrühte posttraumatische Arthrosen). Es sei nicht schlüssig, weshalb heftige Verletzungen, welche nicht zu Knochenbrüchen geführt hätten, nicht auch Milieuveränderungen verursachten, die geeignet wären, einen langfristig ungünstigen Verlauf zu provozieren bzw. den Degenerationsverlauf zu beschleunigen.

4.1 Die vorhandenen medizinischen Akten beantworten die Frage, ob seit der Rentenfestsetzung eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, nicht bzw. nur unzureichend. Der Psychiater Dr.med. N. _____ geht sinngemäss von einer Verschlechterung der psychischen Situation aus,

welche er allerdings allein auf die verstärkten Nackenschmerzen zurückführt. Neue psychiatrische Diagnosen werden nicht gestellt (Vi-act. 335). Einen Zusammenhang mit der im fraglichen Zeitraum von der Arbeitgeberin (nach längeren Querelen) ausgesprochenen Kündigung verneint Dr.med. N._____, was in Berücksichtigung der zeitlichen Koinzidenz (Kündigung vom 28.3.2018; Exazerbation der Schmerzen am 17. April 2018 mit Abbruch des Arbeitsversuches, vgl. Vi-act. 312) und den beschränkten objektiven Befunden zwar überrascht, andererseits ergeben sich aus der Beurteilung von Dr.med. N._____ keine Hinweise auf eine Verschlimmerung der durch das Unfallereignis verursachten psychischen Beschwerden mit Ausnahme einer durch die Zervikalbeschwerden bedingten Verschlechterung der depressiven Erkrankung. Mithin stellt sich auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden lediglich die Frage nach einem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den verstärkten Zervikalbeschwerden. Fakt ist, dass der gesundheitliche Zustand des Versicherten bereits vor der Rentenfestsetzung stark fluktuierend war. Der Hausarzt berichtete ca. drei Jahre nach dem Unfall sogar von einem Abschluss der Behandlung; der Versicherte war zu diesem Zeitpunkt wieder voll arbeitsfähig (Vi-act. 37). Zwei Jahre später verschlechterte sich die gesundheitliche Situation allerdings wieder markant, ohne dass objektivierbare Befunde dafür gefunden werden konnten.

Des Weiteren wurden im zeitlichen Verlauf auch variierend starke Nackenschmerzen geklagt (vgl. z.B. Zwischenbericht vom 23.11.2006, wonach nur mehr gelegentlich Kopfschmerzen bestünden, dann jedoch im Sommer 2008 Reha-Aufenthalt in Bellikon wegen starken, ausstrahlenden Nacken- und Rückenschmerzen, Vi-act. 55). Der RAD-Arzt Dr.med. T._____ verneint denn sinngemäss auch eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenfestsetzung durch die IV (2014). Insgesamt erscheint es mithin fraglich, ob von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenfestsetzung gesprochen werden kann. Die Frage kann letztlich allerdings offen bleiben, wenn die geltend gemachte Verschlechterung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25. Juni 2003 zurückgeführt werden kann. Eine allfällige, mit der Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses zusammenhängende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ginge unstreitig nicht zu Lasten der Unfallversicherung. Streitig und zu prüfen ist daher, ob ein Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten verstärkten Nackenbeschwerden und dem Unfallereignis besteht.

Anzumerken ist, dass in Bezug auf den geltend gemachten Zusammenhang zwischen der 13 Jahre nach dem Unfallereignis festgestellten koronaren Herzkrankheit und dem Unfallereignis ein rechtskräftiger Einspracheentscheid vorliegt; diese Frage ist mithin nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

4.2 Im Zeitpunkt des Unfallereignisses waren keine unfallbedingten Läsionen im Bereich der HWS objektivierbar. Auch im weiteren Verlauf wurden zu keinem Zeitpunkt strukturelle Läsionen im Bereich der HWS oder auch der weiteren Wirbelsäule festgestellt, welche auf das Unfallereignis zurückgeführt werden konnten. Andererseits bestanden bereits im Zeitpunkt des Unfallereignisses degenerative Veränderungen an der HWS (u.a. auch Unkarthrosen C3-6), welche nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis standen. Entgegen den Ausführungen des Hausarztes bestanden mithin nicht erst ab 2007 degenerative Veränderungen im Bereiche der HWS, sondern bereits im Zeitpunkt des Unfallereignisses waren solche in denjenigen Bereichen erkennbar, welche jetzt für die verstärkten HWS-Beschwerden verantwortlich gemacht werden. Der Hausarzt anerkennt denn auch, dass bereits vor dem Unfallereignis (im Januar 2003, d.h. ca. 5 Monate vor dem Unfallereignis) eine Behandlung von HWS-Beschwerden erforderlich war. Im weiteren Verlauf hat es Dr.med. I. _____ ausdrücklich abgelehnt, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Rückenbeschwerden herzustellen. Die vorhandenen medizinischen Akten lassen zudem nicht auf eine aktuell schwere Schädigung der HWS schliessen; Dr.med. S. _____ spricht im Mai 2018 von einer leichten Dehydratation und Höhenminderung der Bandscheiben C3-4 und mässigen Unkarthrosen C3 und C6. Gemäss Dr.med. D. _____ vermögen die objektiven Befunde die Beschwerden zumindest nicht im geltend gemachten Umfang zu erklären. Ein dramatischer Verlauf nach dem Unfallereignis ist somit nicht erkennbar. Die radikuläre Symptomatik trat vielmehr erst ca. 15 Jahre nach dem Unfallereignis auf und nicht unverzüglich, wie dies bei einer unfallbedingten Diskushernie zu erwarten wäre (vgl. Urteil BGer 8C_128/2018 v. 27.4.2018 Erw. 6.3 m.H.), wobei beim Beschwerdeführer eine Diskushernie nicht diagnostiziert wurde.

Insgesamt ist aufgrund der vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und des weiteren Verlaufs die fachärztliche Feststellung von med.pract. X. _____ nachvollziehbar und begründet. Sie erfüllt die rechtlichen Beweisanforderungen an einen Aktenbericht und die Berichte des behandelnden Hausarztes vermögen keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit zu erwecken. Der Hausarzt geht - wie bereits erwähnt - zu Unrecht davon aus, dass die festgestellten Schädigungen an der HWS erst nach dem Unfallereignis eingetreten sind, was den echtzeitlichen Befunden widerspricht. Soweit der Hausarzt darauf verweist, dass vor dem Unfallereignis nur einmalig eine Behandlung wegen HWS-Beschwerden stattgefunden habe und nach dem Unfallereignis praktisch ständig Beschwerden bestanden hätten, läuft dies auf eine beweisrechtlich unzulässige "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation hinaus (vgl. Urteil BGer 8C_128/2018 v. 27.4.2018 Erw. 6.2 m.H.;

BGE 142 V 325 Erw. 2.3.2.2). Der Suva-Facharzt med.pact. X._____ greift in seiner Beurteilung zudem auf allgemeine medizinische Erkenntnisse zurück und dokumentiert diese mit Hinweisen auf die neuere Literatur. Der Hausarzt des Versicherten setzt sich in seiner Einschätzung nicht mit diesen medizinischen Erkenntnissen und Forschungsergebnissen auseinander, sondern beschränkt sich auf die nicht weiter belegte Einschätzung, dass es bei (bildgeberisch nicht darstellbaren) Mikroverletzungen an der HWS häufig zu verfrühten Degenerationen an diesen Gelenken komme könne.

Soweit der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr.med. S._____ vom 29. Mai 2018 verweist, ergeben sich daraus ebenfalls keine Anhaltspunkte, welche Zweifel an der Begründetheit der Schlussfolgerungen von med.pact. X._____ aufkommen lassen würden. Dr.med. S._____ hatte den Versicherten aufgrund der Überweisung durch den Hausarzt im Hinblick auf die Möglichkeit eines operativen Eingriffs bzw. von anderen Behandlungsoptionen untersucht. Zur Unfallkausalität nimmt die Ärztin nicht klar Stellung, sondern sie verweist auf die degenerativen Veränderungen und das Unfallereignis. Für die Abklärung von Behandlungsmöglichkeiten hatte Dr.med. S._____ - anders als med.pact. X._____ - zudem keine Einsicht in die früheren medizinischen Akten zu nehmen, entsprechend war ihr auch nicht bekannt, welche Diagnosen im Unfallzeitpunkt gestellt wurden und welche (nicht unfallkausalen) Veränderungen bereits damals bestanden. Insofern kann aus der Stellungnahme von Dr.med. S._____ kein Schluss in Bezug auf die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den 15 Jahren später aufgetretenen verstärkten HWS-Beschwerden gezogen werden.

Zu berücksichtigen ist letztlich auch die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Diesbezüglich ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu verweisen (vgl. Urteil BGer 8Ca-187/2019 v. 7.6.2019 Erw. 6.1 m.H.).

Insgesamt bestehen mithin keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von med.pact. X._____, welche im Übrigen mit derjenigen von Dr.med. E._____ übereinstimmt. Entsprechend sind auch weitere medizinische Abklärungen nicht erforderlich und die angefochtene Verfügung bzw. der angefochtene Einspracheentscheid sind zu bestätigen.

5. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG). Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. 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).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und an das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Dezember 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 7. Januar 2020