



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 18. April 2013 (725 12 291 / 81)**

---

**Unfallversicherung**

**HWS-Distorsion und Tinnitus**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Barbara Vögli

**Parteien** **A.\_\_\_\_**, Beschwerdeführer, vertreten durch Werner Rufi, Advokat, Schmiedengasse 7, Postfach, 4104 Oberwil

gegen

**SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

**Betreff** Leistungen

A. A.\_\_\_\_ arbeitet seit dem 1. November 1987 als Dienstchef und ist aufgrund dieses Anstellungsverhältnisses obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 21. April 2006 erlitt er einen Unfall, als er auf dem Velo fahrend von einem Automobilisten angefahren wurde. Dabei zog er sich eine HWS-Distorsion, eine Contusio capitis und eine Commotio cerebri zu. Nach dem Unfall persistierten Nacken- und Kopfbeschwerden, Konzentrationsstörungen, Erschöp-

fung und Verlangsamung. Ausserdem entwickelten sich ein Tinnitus, Schlafstörungen und eine psychische Alteration. Die SUVA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 25. Februar 2008 teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht mehr genügend nachweisbar seien. Aufgrund der fehlenden Adäquanz müssten die Versicherungsleistungen per 29. Februar 2008 eingestellt werden. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ Einsprache. Die SUVA hiess die Einsprache gut und führte weitere Abklärungen durch. Mit Verfügung vom 17. Januar 2011 stellte sie die Leistungen erneut ein. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 20. August 2012 ab und hielt zusammenfassend fest, dass sich kein unfallbedingtes, organisches Substrat im Sinne unfallbedingter, struktureller Veränderungen im Bereich der HWS oder des Schädels feststellen lasse. Ausserdem fehle es insbesondere am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 21. April 2006 und den heute geklagten gesundheitlichen Beschwerden im HWS- und Kopfbereich. Aus diesem Grund seien keine weiteren Leistungen geschuldet.

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Werner Rufi, am 21. September 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, die versicherten Leistungen ab dem 1. Februar 2011 zu erbringen. Eventualiter seien dem Beschwerdeführer mit (Rückwirkung) auf einen anderen Zeitpunkt hin Versicherungsleistungen zuzusprechen. Es sei die ganze Angelegenheit zur Festsetzung des Leistungsanspruchs im Sinne der gerichtlichen Erwägungen an die SUVA zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht liess er beantragen, es sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung einzuräumen und es seien die Parteien zu einer Parteiverhandlung vorzuladen. Eventualiter sei ihm wegen der Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin grundsätzlich nochmals die Gelegenheit zur Einreichung einer Einsprachebegründung bei der Vorinstanz einzuräumen. Zudem seien beim behandelnden Psychiater und bei der Hausärztin aktuelle ärztliche Berichte einzuholen. Eventualiter sei ein neutrales Gesamtgutachten einzuholen. In der Begründung wurde zusammenfassend ausgeführt, dass die Frist zur Einspracheergänzung bei einer allfälligen Abweisung des Wiedererwägungsgesuchs nicht gewährt worden sei. In materieller Hinsicht könne nicht davon ausgegangen werden, dass er wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht habe. Ab Februar 2011 betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Aus der Sicht der Hausärztin sei der medizinische Endzustand erreicht worden und es stelle sich die Frage der Rente. Ausserdem seien das otoneurologische Teilgutachten des Kantonsspitals C.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2011 und die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 7. Juli 2006 und vom 7. März 2008 zu wenig gewürdigt worden.

C. Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 16. Oktober 2012 zum Verfahrensantrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abschlägig Stellung genommen hatte, lehnte die instruierende Präsidentin mit Verfügung vom 24. Oktober 2012 diesen Verfahrensantrag ab.

D. In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. November 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids.

E. Mit Eingabe vom 15. April 2013 liess der Beschwerdeführer weitere Unterlagen einreichen.

F. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung nahmen der Beschwerdeführer, sein Rechtsvertreter und der Vertreter der Beschwerdegegnerin teil. Die Parteien hielten an ihren Rechtsbegehren fest. Auf die Ausführungen der Parteien wird, soweit notwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Z.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2.1 Vorab ist die Rüge des Beschwerdeführers zu prüfen, durch die Nichtgewährung einer weiteren Frist zur ergänzenden Einsprachebegründung sei sein rechtliches Gehör verletzt worden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist verfassungsmässig gewährleistet (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] vom 18. April 1999) und wurde für das sozialversicherungsrechtliche Verfahren in Art. 42 ATSG verankert. Er umfasst das Recht der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung (BGE 126 V 132 E. 2b). Die Parteien haben insbesondere das Recht, Einsicht in die Akten zu nehmen und sich zu den tatsächlichen Fragen zu äussern (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Rn. 15 zu Art. 42). Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Die Verletzung des Rechts auf Akteneinsichtnahme und Äusserung führt unabhängig davon, ob die fraglichen verfahrensrechtlichen Mängel einen Einfluss auf das Ergebnis haben, grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides (BGE 126 V 132 E. 2b mit Hinweisen). Praxisgemäss kann eine derartige Gehörsverletzung im Rechtsmittelverfahren jedoch geheilt werden, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer

Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Zudem ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von einer Zurückweisung an die Verwaltung abzusehen, wenn dies zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer raschen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 204 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.2 Aus den Akten der Beschwerdegegnerin ergibt sich, dass diese dem Beschwerdeführer bereits mehrmals die Frist zur ergänzenden Einsprachebegründung erstreckt hatte. Danach fällt sie den Einspracheentscheid und verweigerte dem Beschwerdeführer implizit eine weitere Fristerstreckung. Dennoch hatte der Beschwerdeführer genügend Zeit, um das neue Gutachten zu würdigen und gestützt darauf seine Einsprachebegründung zu ergänzen. Die Möglichkeit, sich zum Sachverhalt zu äussern, wurde ihm mehr als einmal gewährt. Inwiefern daher das Vorgehen der Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör hätte verletzen sollen, ist nicht ersichtlich. Die Rüge ist abzuweisen.

3.1 Zwischen den Parteien ist in materieller Hinsicht strittig, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Januar 2011 eingestellt hat.

3.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Gestützt auf Art. 24 UVG hat die versicherte Person ausserdem Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet.

3.3 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise 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 der versicherten Person beein-

trächtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1).

3.4 Bei der Beurteilung der natürlichen Kausalität von Unfällen mit Beeinträchtigungen der HWS oder einem Schädel-Hirn-Trauma ist zu unterscheiden, ob der Unfall zu organisch nachweisbaren Funktionsausfällen geführt hat oder nicht. Solange organische Befunde klar nachweisbar sind, ist der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen (BGE 117 V 365). Bei einem Schleudertrauma ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in der Regel dann zu bejahen, wenn ein solches Trauma diagnostiziert ist und innert der Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden seit dem Unfall (RKUV 2000 Nr. U 359, S. 29 E. 5e) die für diese Verletzung typische Beschwerdesymptomatik zumindest teilweise aufgetreten ist (BGE 117 V 382 E. 4a und E. 4b [diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, Depression, Wesensveränderung usw.]). Dasselbe gilt bei Verletzungen im Bereich der HWS, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der HWS, Distorsionstrauma der HWS mit Kopfanprall, vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) oder einem Schädel-Hirn-Trauma (BGE 117 V 382 E. 4a) beruhen. An diesem Grundsatz hat sich auch gemäss neuester Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts geändert (BGE 134 V 109).

3.5 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellungen zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b).

3.6 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 181 E. 3.2). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

3.7 Die Adäquanz spielt als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2007, U 186/06, E. 5.3).

3.8 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht objektiv ausgewiesenen Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (Urteil des EVG vom 7. November 2002, U 377/01, E. 4.3). Zunächst ist festzustellen, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (erste Fallgruppe), oder ob es sich um einen Unfall mit anderen somatischen Verletzungen und gesundheitlichen Folgen handelt (zweite Fallgruppe). Bei der zweiten Fallgruppe erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien für die psychische Fehlentwicklung nach Unfällen. Bei Unfällen der ersten Fallgruppe ist hingegen die Adäquanz gemäss BGE 117 V 359 zu beurteilen. Der Unterschied besteht darin, dass bei diesen Unfällen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird, da nicht entscheidend ist, ob die Beschwerden medizinisch eher als organisch oder psychischer Natur zu bezeichnen sind (BGE 117 V 367 E. 6a). Bei den Unfällen der zweiten Fallgruppe sind für die Beurteilung der Adäquanz von psychischen Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

3.9 Nach der Rechtsprechung des BGE 117 V 133 setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung der Unfälle in drei Gruppen zweckmässig erscheint: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich. Während bei leichten bzw. banalen Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Folgen bei schweren Unfällen in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objek-

tiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen ("adäquanzrelevante Kriterien").

3.10 Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden in mehrfacher Hinsicht präzisiert. Am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen hat es festgehalten, jedoch die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bei solchen Verletzungen erhöht (E. 7-9 des erwähnten Urteils). Die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung hat es ebenfalls beibehalten (E. 10.1). Das Bundesgericht hat aber die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert. Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn nach dem Unfall fortgesetzt spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen war (E. 10.2.3). Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt, dass diese erheblich sind, was aufgrund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist (E. 10.2.4). Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt (E. 10.2.7). Zusammenfassend hat das Bundesgericht den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien wie folgt neu gefasst: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

3.11 Weiterhin gilt, dass nicht in jedem Fall der Einbezug sämtlicher Kriterien in die Gesamtwürdigung erforderlich ist. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 367 E. 6b).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewie-

sen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So hat die Rechtsprechung bezüglich Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche die Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt haben und die den von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen genügen, festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind folgende medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.2 Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Hausärztin des Beschwerdeführers, hält am 25. April 2006 (Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, SUVA-Akte 2) fest, dass der Patient oberflächliche Schürfwunden an der Stirn, der Nasenspitze und oberhalb der Oberlippe median erlitten habe. Beim Unfall sei das Auto seitlich ins Velo gefahren. Es sei ein Sturz Kopf voran über den Lenker aufs Gesicht erfolgt. Nach dem Sturz habe eine Bewusstlosigkeit von Sekunden bestanden. Zudem bestehe eine Gedächtnislücke für die Zeit während des Sturzes. Der Patient habe angegeben, sofort unter Kopf- und Nackenschmerzen gelitten zu haben. Weitere Symptome habe er verneint. Der Patient habe ausserdem bereits vor dem Unfall unter behandlungsbedürftigen Beschwerden an Kopf und Nacken gelitten. In ihrem Bericht vom 8. Mai 2006 (SUVA-Akte 3) diagnostiziert Dr. E.\_\_\_\_ eine HWS-Kontusion. Als Befund hält sie oberflächliche Schürfwunden an der Stirn, dem Kinn, der Nasenspitze, der Nasolabialfalte, dem rechten Oberschenkel und an einem Finger der rechten Hand fest. Die HWS-Beweglichkeit sei schmerzbedingt einge-

schränkt. Es bestehe eine Druckdolenz paravertebral rechts. Der Röntgenbefund habe keine ossären Läsionen ergeben.

5.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin, diagnostiziert in seinem Bericht vom 20. Juni 2006 (SUVA-Akte 7) ein cervikovertebrales Syndrom mit/bei Status nach wahrscheinlichem HWS-Distorsionstrauma mit Commotio cerebri am 21. April 2006 und Diskushernie C4/5 rechts. Bezüglich der Beschwerden schildere der Patient, dass Nackenschmerzen bestanden hätten und ein Kribbeln im Schulterblattbereich rechts. Seit dem Unfallereignis würden auch Schluckbeschwerden auf der rechten Seite bestehen, welche langsam bessern würden. Weiter beklage der Patient Konzentrationsprobleme und einen Tinnitus rechts, der vor dem Unfall nicht bestanden habe.

5.4 Dr. D.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 7. Juli 2006 (SUVA-Akte 8) ein zervikozephalales Schmerzsyndrom mit Tinnitus und leichten kognitiven Störungen bei Status nach Unfall mit HWS-Distorsion vom 21. April 2006. Der Patient berichte, dass nach dem Unfall zunächst sehr starke Schmerzen am Nacken und am ganzen Kopf vorhanden gewesen seien. Ca. einen Monat danach seien die Schmerzen abgeklungen und seither verspüre er einen dauernd vorhandenen stark störenden Tinnitus rechts. Der Patient mache einen etwas deprimierten Eindruck. Die angegebenen Symptome seien gut vereinbar mit dem posttraumatischen Schmerzzustand bzw. dem Tinnitus.

5.5 Dr. med. et dent. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Hals-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Spezialist SSO für Oralchirurgie, diagnostiziert mit Bericht vom 28. Juli 2006 (SUVA-Akte 12) einen Tinnitus rechts, bei Normakusis (normalem Hörvermögen). Der Patient habe anfangs Juni ein persistentes Pfeifen im rechten Ohr bemerkt, das ihm seither das Einschlafen erschwere. Bereits vorgängig, also im Mai 2006, habe er ein Pfeifen oder Rauschen auf dem Ohr empfunden, diese Empfindungen seien aber nicht wesentlich störend gewesen. Subjektiv sei das Gehör unverändert. Ein Zusammenhang mit dem Unfall könne als wahrscheinlich angenommen werden. Zur Therapie könne probeweise ein Antidepressivum eingesetzt werden. Des Weiteren sei häufig ein Zusammenhang der Tinnitusintensität mit dem Grad der Verspannung der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur möglich.

5.6 Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Rehaklinik X.\_\_\_\_, hält in seinem Bericht vom 27. September 2006 (SUVA-Akte 23) als Diagnosen den Status nach Verkehrsunfall am 21. April 2006 mit HWS-Distorsion, Contusio capitis und leichter traumatischer Hirnverletzung mit persistierendem zervikozephalalem Symptomenkomplex, myofaszialem Schultergürtel-Syndrom, anhaltendem Tinnitus rechts und magnetresonanztomographisch postero-laterale rechtsseitige Diskushernie CWK4/5 mit partieller Verlegung des Foramen intervertebrale und Kompression der Wurzel C5 fest. In einer HNO-ärztlichen Untersuchung habe keine Ursache für den Tinnitus festgestellt werden können. Eine Hypakusis (Schwerhörigkeit) habe nicht nachgewiesen werden können. Es habe eine vorübergehende Besserung der Beschwerden erzielt werden können. Aktuell sei der Patient jedoch insbesondere durch eine schmerzhafteste Verspannung der HWS weiterhin erheblich eingeschränkt. Dieses Symptom sei nahezu permanent vorhanden. Circa jeden zweiten Tag komme es, hauptsächlich nachmittags, bei starken Verspannungen der

HWS auch zu Kopfschmerzen. Unverändert bestehe ein permanenter, nicht pulsierender Tinnitus auf dem rechten Ohr. Subjektiv bestehe keine Hörminderung. Zudem bestünden seit dem Unfall Durchschlafbeschwerden, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme. Der Patient habe im Rahmen eines Verkehrsunfalles eine HWS-Distorsion sowie eine Contusio capitis mit leichter traumatischer Hirnverletzung erlitten im Sinne einer Commotio cerebri. Aktuell bestehe ein persistierender zervikozephaler Symptomenkomplex mit verminderter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen sowie ein Tinnitus rechts. Daneben würden sich Hinweise für eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik finden lassen.

5.7 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, hält in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2006 (SUVA-Akte 24) gestützt auf die Akten fest, dass dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ nichts mehr hinzuzufügen sei. Als Unfallfolge bestehe ein Tinnitus, welcher aktuell vordergründig und damit erheblich sei. Eine abschliessende Beurteilung sei noch verfrüht. Beim Tinnitus handle es sich um ein subjektives Symptom.

5.8 Im Austrittsbericht der Rehaklinik X.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2006 (SUVA-Akte 32) werden als Diagnosen der Status nach Verkehrsunfall am 21. April 2006 mit HWS-Distorsion, Contusio capitis und Commotio cerebri mit persistierendem zervikozephalen Symptomenkomplex, myofaszialem Nacken- und Schultergürtelsyndrom und anhaltendem Tinnitus rechts genannt. Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt aus dem dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt betrage 50 %.

5.9 PD Dr. med. J., Hals-Nasen-Ohren-Klinik des Spitals Y.\_\_\_\_, diagnostiziert in ihrem Bericht vom 12. Februar 2007 (SUVA-Akte 35) einen sehr schweren, dekompensierten Tinnitus bei Status nach Verkehrsunfall vom 21. April 2006 mit HWS-Distorsion, Contusio capitis und Commotio cerebri mit myofaszialem Schultergürtelsyndrom. Beim Patienten sei posttraumatisch ein sehr schwerer, dekompensierter Tinnitus aufgetreten. Zusätzlich habe man den Eindruck, dass aufgrund der begleitenden depressiven Verstimmung eine intensive, psychosomatische Nachbehandlung erfolgen sollte. Ebenfalls empfohlen werde die Teilnahme an einer Tinnitusbewältigungsgruppe.

5.10 Dr. D.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 7. Juli 2006 (SUVA-Akte 48) ein zervikozephalas Schmerzsyndrom mit Tinnitus und leichten kognitiven Störungen bei Status nach Unfall mit HWS-Distorsion vom 21. April 2006. Der Patient berichte, dass die Kopfbewegungen weiterhin schmerzhaft seien. Während des Tages komme es zu zunehmenden Beschwerden. Die Nackenschmerzen würden zeitweilig bis in den Hinterkopf ausstrahlen. Nach dem Unfall seien zunächst sehr starke Schmerzen am Nacken und am ganzen Kopf vorhanden gewesen. Ca. einen Monat danach seien die Schmerzen abgeklungen und seither verspüre er einen andauernd vorhandenen stark störenden Tinnitus rechts. Es handle sich um einen hohen Ton, der den Nachtschlaf störe. Bei der Arbeit komme es gelegentlich zu leichten kognitiven Störungen, welche jedoch deutlich im Hintergrund stünden. Aktuell bestehe eine Überforderung am Arbeitsplatz, da der Patient zeitlich nur 50 % präsent sei, jedoch von den Aufgaben nicht wesentlich entlastet worden sei. Wahrscheinlich sei es bei dem Unfall zu einer leichten traumatischen

Hirnverletzung gekommen. Dafür spreche die kurze Amnesie für die Zeit des Sturzes. Es könnte sich hierbei jedoch auch um eine Schreckreaktion handeln.

Mit Berichten vom 23. August 2007 (SUVA-Akte 50 f.) hält Dr. D.\_\_\_\_\_ fest, dass es in den letzten Wochen zu einer Verschlechterung gekommen sei. Die 50 %-ige Arbeitsfähigkeit könne wahrscheinlich längerfristig nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ein stationärer Aufenthalt sei unumgänglich. Der Patient habe zuverlässig und konsequent die ambulanten Therapiemassnahmen durchgeführt, ohne dass eine Verbesserung der Situation eingetreten sei.

5.11 Mit Bericht vom 2. August 2007 (SUVA-Akte 54) hält PD Dr. med. K.\_\_\_\_\_ fest, dass das MRZ und MRA (TOF) des Neurocraniums eine regelrechte Darstellung ohne Hinweise auf pathologische Raumforderungen und regelrecht pneumatisierte Nasennebenhöhlen ergeben habe.

5.12 Im Austrittsbericht vom 14. Januar 2008 halten die Ärzte der Rehaklinik X.\_\_\_\_\_ (SUVA-Akte 62) neben den bereits bekannten Diagnosen eine Ein- und Durchschlafstörung, Insomnie, fest.

5.13 Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, hält in seiner ärztlichen Beurteilung vom 21. Januar 2008 (SUVA-Akte 64) fest, dass aufgrund der medizinischen Dokumentation festgehalten werden könne, dass der Versicherte beim Unfallereignis keine strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen im Bereich der HWS und des Neurocraniums erlitten habe. Aus diesem Grund könne davon ausgegangen werden, dass weitere Behandlungsmassnahmen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führen würden. Solche Massnahmen würden dem Erhalt des jetzigen Zustands dienen.

5.14 Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hält in seinem Bericht vom 14. Februar 2008 (SUVA-Akte 65) fest, dass ein depressives Syndrom vorliege. Es bestehe zudem der Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma. Der Patient klage über Adynamie (allgemeine Erschöpfung), Schlafstörung und Tinnitus. Die kognitive Verhaltenstherapie habe keinen Erfolg erzielt.

5.15 In einem weiteren Bericht vom 19. März 2008 (SUVA-Akte 76) hält Dr. D.\_\_\_\_\_ zusammen mit Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Spitals W.\_\_\_\_\_ fest, dass der Patient unter einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom mit Tinnitus und schweren Schlafstörungen leide. Aufgetreten seien die Beschwerden im Anschluss an ein Schädelhirntrauma am 21. April 2006, wahrscheinlich mit leichter Commotio cerebri. In der Regel würden sich die Patienten nach derartig leichtgradigen Verletzungen innerhalb von einem Jahr meistens gut erholen. Es sei aber nicht von der Hand zu weisen, dass es wahrscheinlich vereinzelte Fälle geben würde, wo tatsächlich länger dauernde gesundheitliche Störungen vorhanden seien, auch wenn bildgebend nach dem heutigen Verfahrensstand keine strukturelle Läsion nachgewiesen werden könne. Dr. M.\_\_\_\_\_ selbst sei bei der Beurteilung derartiger Fälle zurückhaltend eingestellt. Entscheidend scheine ihm im vorliegenden Fall jedoch

die Konsistenz der subjektiven Befunde und die ausgezeichnete Kooperation in den Abklärungen und der Therapien. Gemäss der Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ würden sich Hinweise auf ein organisches Psychosyndrom finden lassen, welches wahrscheinlich posttraumatischer Natur sei.

5.16 Dr. N.\_\_\_\_ hält in seiner Stellungnahme vom 25. März 2008 zuhanden des Rechtsvertreters (SUVA-Akte 76) fest, dass diagnostisch eine Panikstörung, ein Tinnitus und eine Schlafstörung vorgelegen hätten. Bei den vorhandenen Störungen gebe es kein oder kein ausreichendes pathophysiologisches Korrelat. Der Grund für den fehlenden Response auf die kognitiven Verhaltenstherapien würde seines Erachtens in der anankastischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten liegen, die zu einer massiv reduzierten Resilienz führe. Die Arbeitsfähigkeit werde durch psychiatrische Diagnosen eingeschränkt. Ob der Unfall Anlass oder Ursache des nachfolgenden Leidens sei, sei eine Ermessensfrage.

5.17 Am 9. Januar 2009 erfolgte ein weiteres MRT des Neurocraniums. Dr. med. O.\_\_\_\_ hält in seiner Beurteilung vom 9. Januar 2009 (SUVA-Akte 100) fest, dass es unauffällig ausgefallen sei. Insbesondere gäbe es keine Hinweise für traumatische Läsionen des Gehirns.

5.18 Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, hält in ihrer neurologischen Beurteilung vom 7. September 2009 (SUVA-Akte 106) fest, dass unter Berücksichtigung mehrerer dokumentierter unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefunde davon auszugehen sei, dass der Versicherte durch den Unfall, neben der echtzeitlich dokumentierten HWS-Distorsion, eine Contusio capitis (Kopfprellung) und allenfalls möglich eine Commotio cerebri ohne andauernde neurologische Symptome erlitten habe. Diese Annahme werde durch den auch nach eigener Beurteilung fehlenden Nachweis unfallbedingter struktureller Läsionen in der bildgebenden Diagnostik gestützt. Grundlagen bzw. Hinweise für ein organisches Psychosyndrom seien weder durch die klinische Symptomatik laut echtzeitlicher Dokumentation noch durch die bildgebende Diagnostik ausgewiesen. Die geltend gemachten Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich keine neurologischen Unfallfolgen.

5.19 Dr. I.\_\_\_\_ hält in seiner Beurteilung vom 8. September 2009 (SUVA-Akte 105) fest, dass aufgrund des Zusammenhangs zwischen dem Tinnitus und dem Unfall als relativ wenig wahrscheinlich zu bezeichnen sei, zumal eine eigentliche direkte Läsion der Innenohren nachweislich nicht erfolgt sei, wofür nicht zuletzt auch das normale Gehör spreche. Aus versicherungsmedizinisch-otologischer Sicht könnte festgehalten werden, dass der geklagte Tinnitus in einem höchstens möglichen Zusammenhang mit den Unfallfolgen stehe. Im Weiteren bestehe auch eine recht grosse Diskrepanz zwischen der inzwischen wiederholt geschilderten massiven Ausprägung des Tinnitus und den sich daraus ergebenden therapeutischen und betreuerischen Konsequenzen.

5.20 In der Folge beauftragte die Beschwerdegegnerin PD. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers. PD Dr. Q.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Gutachten vom 25. Februar 2010 (SUVA-Akte 128) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia mit gemischt ängstlich depressiven Anteilen.

len (ICD-10, F34.1), anamnestisch Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (ICD-10, F33) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit anankastischen, neurasthenen und ängstlichen Anteilen (ICD-10, F73.1), DD Persönlichkeitsstörung. Der Patient gebe als führende Beschwerden ein als sehr stark empfundenes, kontinuierliches rechtsseitiges Ohrgeräusch an mit als sekundär erlebten erheblichen Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Daneben beklage er zusätzlich eine fluktuierende Nacken-/Kopfschmerzsymptomatik in enger Korrelation zu körperlich oder geistig fordernden Tätigkeiten. Die psychiatrischen Beschwerden seien mindestens wahrscheinliche Folgen des stattgehabten Unfalles. Die diagnostizierte Dysthymia sei als Folgediagnose der nach dem Unfall noch im Jahr 2006 psychiatrisch gesehenen Anpassungsstörung zu verstehen im Sinne einer milden reaktiv neurotischen Depression. Die Frage, ob der Tinnitus (als sicherlich eine Ursache der psychiatrischen Beschwerden) Unfallfolge sei, könne nicht in diesem psychiatrischen Gutachten geklärt werden. Aus rein psychiatrischer Sicht lasse sich eine leichte bis mässige (ca. 30 %) Einschränkung der Gesamtarbeitsfähigkeit im Rahmen des oben geschilderten neurotischen Erlebens nachvollziehen.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 9. Dezember 2010 (SUVA-Akte 149) hält PD Dr. Q.\_\_\_\_\_ fest, dass es einen Zusammenhang zwischen der Dysthymia mit den beschriebenen ängstlich depressiven, aber auch kontrollierend zwanghaften Anteilen und der Schlafstörung gebe.

5.21 Dr. E.\_\_\_\_\_ hält in ihrer Stellungnahme vom 3. Januar 2011 (SUVA-Akte 166) fest, dass der aktuelle Gesundheitszustand im Vergleich zu vor dem Unfall deutlich beeinträchtigt sei. Der Patient sei durch die Unfallfolgen noch immer eingeschränkt, indem er durchschnittlich 10-15 mal pro Monat an einer Migräne leide. Zudem leide er unter massiven Schlafstörungen mit oft nur wenigen Stunden Schlaf bei anhaltendem, ausgeprägtem Tinnitus beidseits. Weiter bestehe eine vermehrte Erschöpfbarkeit und Müdigkeit mit maximaler Arbeitsbelastung von viereinhalb Stunden pro Tag mit Leistungsverminderung vor allem nach ca. drei Stunden. Belastungsabhängige Schmerzen der HWS bestünden vor allem bei nicht wechselbelastender Tätigkeit. Von zukünftigen Heilbehandlungen könne keine Verbesserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden. Die therapeutischen Möglichkeiten seien alle ausgeschöpft. Sie habe den Patienten bereits vor dem Unfall gekannt und könne nur wiederholen, dass die Beschwerden in klarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall stehen würden und dadurch ausgelöst worden seien.

5.22 In der Folge liess der Krankentaggeldversicherer den Beschwerdeführer vom Gutachterinstitut R.\_\_\_\_\_ polydisziplinär begutachten. Dabei wurde er psychiatrisch (Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Verlaufsgutachten durch Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie), neurologisch (Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie) und otoneurologisch (Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt Audiologie und Neurootologie des Kantonsspitals C.\_\_\_\_\_) untersucht. Im Gutachten des Gutachterinstituts R.\_\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2011 (SUVA-Akte 178) hält das Gutachterteam fest, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert das Gutachterteam: 1. Unfall vom 21. April 2006 mit Status nach HWS-Distorsionstrauma QTF I/II, initial mit teilweise schmerzinduzierter Insomnie, 2. Kopfkontusion (ohne Hinweise auf eine hirnorganische Schädigung) mit Contusio cochleae rechts mit audiometrisch nachweisba-

rer geringer Seitendifferenz zu Ungunsten rechts, mit Entwicklung eines chronischen Tinnitus rechts, 3. Entwicklung einer nichtorganischen, chronischen psychophysiologischen Insomnie bei unzureichender schlafhygienischer Massnahmen, mit subjektiv erhöhter Tagesmüdigkeit und schwankenden kognitiven Funktionen auf dem Boden einer dysfunktionellen Symptomverarbeitung (Schmerz, Tinnitus) bei anankastischer Persönlichkeitsstruktur, 4. Episodischer Migränekopfschmerz früher mit Aura (kein posttraumatischer Kopfschmerz) und 5. Zervikalsyndrom ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Die ungewöhnlich protrahierte Beschwerdesymptomatik mit chronischem Tinnitus und Insomnie von bereits über fünf Jahren Dauer gehe nur zu einem geringen Teil und auch nur initial richtungsgebend zulasten organischer Ursachen, hier lediglich der leichten Contusio cochleae und initialer zervikaler Schmerzsymptomatik entsprechend. Die protrahiert angegebenen Beschwerden würden überwiegend zulasten psychischer Faktoren bei anankastisch akzentuierter Persönlichkeit, welche zu einer dysfunktionellen Symptomverarbeitung und Symptomfixierung führen würde, gehen. Darüber hinaus hätten die psychiatrischen Fachärzte keine versicherungsmedizinisch relevante psychiatrische Störung feststellen können. Es könne somit gegenwärtig aufgrund der psychophysiologischen Insomnie bei Umsetzung zumutbarer schlafhygienischer Massnahmen von einer Normalisierung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die aktuelle Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % sei jedoch nicht mehr begründbar.

5.23 In seiner auf Akten basierenden Stellungnahme vom 23. Juli 2012 (SUVA-Akte 190) äussert sich PD Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, auf Anfrage des Beschwerdeführers hin zu den bisherigen psychiatrischen Gutachten. In seinem psychiatrischen Gutachten vom 14. Dezember 2012 (Beschwerdebeilage 17) hält Dr. B.\_\_\_\_ nach einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers fest, dass keine psychische Störung festzustellen sei, die ausserhalb der Auswirkung des Unfalles vom 21. April 2006 vorher oder nachher aufgetreten sei. Die anankastischen Züge würden insofern zutreffen, als der Beschwerdeführer zu einer besonders exakten Arbeitsweise neige. Von klinisch relevanten anankastischen Zügen oder sogar einer anankastischen Persönlichkeit würde man nur sprechen, wenn eine Beeinträchtigung des Sozialverhaltens oder der beruflichen Bewährung vorliegen würde. Dies sei aber nicht der Fall. Die gesundheitliche Verfassung sei von drei Beschwerden beeinträchtigt: Nackenschmerzen, Tinnitus und Schlaflosigkeit. Der Explorand sei wegen dieser Symptomatik seit dem Unfall in seiner Wesensart auch etwas verändert, indem er erschöpft, klagsam und im Antrieb vermindert sei. Gemäss ICD-10 bestehe eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F 62.8). Er sei wegen seiner Beschwerden (Nackenschmerzen, Tinnitus, hartnäckige Durchschlafstörungen) deutlich eingeschränkt. Es sei realistisch anzunehmen, dass die Arbeitsfähigkeit etwa um 50 % reduziert sei. Im Moment gebe es keine therapeutischen Massnahmen, welche die Arbeitsfähigkeit verbessern könnte.

6.1 Der Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Januar 2011 ist zwischen den Parteien zu Recht nicht umstritten, nachdem verschiedene Ärzte ausdrücklich darauf hingewiesen haben, dass es keine weiteren Therapiemassnahmen geben würde (vgl. nur Dr. E.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 3. Januar 2011). Die Beschwerdegegnerin hat die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) eingestellt. Die Ausrichtung dauernder Leistungen wie eine IV-Rente oder eine Integritätsentschädigung lehnte sie unter Hinweis auf den fehlenden

Kausalzusammenhang zwischen Beschwerden und Unfallereignis ab. Dabei ist sie im Einspracheentscheid noch davon ausgegangen, dass die Beschwerden auf keine organische Grundlage zurückzuführen seien. Der Beschwerdeführer habe aber eine HWS-Verletzung erlitten und die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen seien teilweise vorhanden gewesen. Aus diesem Grund müsse eigentlich der natürliche Kausalzusammenhang bejaht werden, was auch von gewissen Ärzten bestätigt worden sei. Die Frage könne letztlich aber offengelassen werden, da es an einem adäquaten Kausalzusammenhang fehle, wobei sie die Prüfung der Adäquanz nach der Schleudertrauma-Rechtsprechung durchgeführt hat. In der Vernehmlassung hat sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt gestellt, dass der Tinnitus und die damit zusammenhängenden Schlafstörungen aufgrund der langen Latenzzeit zwischen erstmaligem Auftreten und Unfallereignis nicht natürlich kausal auf den Unfall zurückzuführen seien. Der Beschwerdeführer hat in seiner Beschwerde die Auffassung vertreten, dass der Tinnitus und die Schlafstörungen sowie die anderen gesundheitlichen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich und adäquat kausal auf das Schädelhirntrauma zurückzuführen seien.

6.2 Zu klären ist somit, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden (Tinnitus, Schlaflosigkeit, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen) in einem rechtsgenügenden Zusammenhang zum Unfallereignis vom 21. April 2006 stehen. Zunächst gilt es zu prüfen, ob organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen (vgl. Erwägung 3.4 hiavor). Dabei ist zwischen dem Tinnitus und der Schlaflosigkeit einerseits und den Nacken- und Kopfschmerzen sowie allfälligen Konzentrationsstörungen andererseits zu unterscheiden, da der Tinnitus und die damit zusammenhängenden Schlafstörungen nicht zum klassischen bunten Beschwerdebild gehören, das nach einer HWS-Distorsion auftreten kann (vgl. Erwägung 3.4 hiavor).

7.1 Was die Nackenschmerzen, die Kopfschmerzen und die Konzentrationsstörungen betrifft, so ist davon auszugehen, dass diese keinem klar definierbaren, durch apparative/bildgebende Abklärungen und mit wissenschaftlich anerkannten Untersuchungsmethoden bestätigten organischen Substrat zugeordnet werden können. Aufgrund der Akten ist eine strukturelle Läsion der HWS, des Cerebrums und des Neurocraniums auszuschliessen (Bericht von PD Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 2. August 2007, SUVA-Akte 54; Bericht von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2009, SUVA-Akte 100). Die Diskushernie CWK 4/5 ist degenerativer Art und wurde nicht durch das Unfallereignis vom 21. April 2006 ausgelöst.

7.2 Weiter ist zu klären, ob es sich bei diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen um organisch nicht nachweisbare Funktionsausfälle im Sinne des typischen Beschwerdebilds bei einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule, einer äquivalenten Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma handelt. Die Ärzte diagnostizieren beim Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion und eine commotio cerebri (Dr. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. Mai 2006, SUVA-Akte 3). Dr. E.\_\_\_\_\_ hält ausserdem fest, dass der Beschwerdeführer direkt nach dem Unfall über Kopf- und Nackenschmerzen berichtet habe (Dr. E.\_\_\_\_\_, Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 25. April 2006, SUVA-Akte 2). Ob das Unfallereignis vom 21. April 2006 und die dabei erlittene Verletzung überwiegend wahrscheinlich zu-

mindest eine Teilursache für diese Beschwerden darstellt und diese im Sinne eines bunten Beschwerdebilds zu verstehen sind, kann vorliegend offen gelassen werden. Denn auf weitere Abklärungen zur natürlichen Kausalität kann praxisgemäss verzichtet werden, wenn der adäquate Kausalzusammenhang – auch nach der für den Beschwerdeführer "günstigeren" Rechtsprechung nach BGE 117 V 367 bzw. 134 V 109 – ohnehin zu verneinen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2008, 8C\_209/07, E. 2; vgl. Erwägungen 3.9 ff. hiavor).

7.3 Der vom Beschwerdeführer am 21. April 2006 erlittene Unfall ist dem mittleren Bereich zuzuordnen, ohne dass ein Grenzfall zu den schweren oder zu den leichten Unfällen anzunehmen wäre. Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges ist demnach zu bejahen, falls ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 117 V 367).

7.4 Die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles, der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, des schwierigen Heilungsverlaufs und den erheblichen Komplikationen sowie der besonderen Schwere oder Art der erlittenen Verletzung sind vorliegend allesamt nicht erfüllt.

7.5 Für das Kriterium der ärztlichen Behandlung ist wesentlich, ob nach dem Unfall fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war (BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Aus den Akten geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer während der fünf Jahre zweimal einem dreiwöchigen stationären Reha-Aufenthalt unterzogen hat und für eine kurze Zeit bei Dr. N.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung gestanden ist. Weitere regelmässige zielgerichtete ärztliche Behandlungen – wobei medizinische Abklärungen nicht berücksichtigt werden – fanden mit Ausnahme der Verabreichung schmerzstillender und psychopharmakologischer Medikation sowie einer Craniosacral- und Physiotherapie nicht statt. Konsultationen und Verlaufskontrollen bei der Hausärztin und die auf ihre Veranlassung durchgeführten spezialärztlichen Abklärungen sind nicht als belastend im Sinne der Rechtsprechung zu bezeichnen. Dasselbe gilt für stationäre Abklärungs- und Behandlungsaufenthalte und die bei Dr. N.\_\_\_\_ durchgeführte Behandlung sowie die kognitive Verhaltenstherapie. Daraus ergibt sich keine erhebliche zusätzliche Beeinträchtigung der Lebensqualität. In Anbetracht dieser Sachlage kann nicht von einer sich allein aus dem Umstand der Therapieerhebung resultierenden intensiven Zusatzbelastung gesprochen werden, weshalb das zu prüfende Kriterium zu verneinen ist.

7.6 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Den Beeinträchtigungen, die der Beschwerdeführer im Alltag insbesondere durch die in regelmässigen Abständen auftretenden Kopfschmerzen und die Nackenschmerzen erfährt,

ist eine gewisse Intensität nicht abzusprechen. Insgesamt kann das Kriterium als grundsätzlich erfüllt angesehen werden, wenn auch nicht in auffallender Weise.

7.7 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit an sich massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 129 E. 10.2.7).

Aus den Akten ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer nach dem Unfall zunächst vom 21. April bis 1. Mai 2006 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Danach bestand – mit Ausnahme der stationären Aufenthalte, bei denen von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist – eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit. In Anbetracht der hohen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und in Berücksichtigung des Umstands, dass der Beschwerdeführer immer bestrebt gewesen ist, im Erwerbsprozess zu verbleiben, kann das Merkmal der erheblichen Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich als gegeben angesehen werden.

7.8 Da die beiden grundsätzlich als erfüllt zu betrachtenden Kriterien der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht in auffallender Weise vorliegen, ist dem Unfallereignis vom 21. April 2006 unter adäquanzrechtlichem Blickwinkel keine massgebende Bedeutung für die über den 31. Januar 2011 andauernden Kopf- und Nackenschmerzen sowie allfälligen Konzentrationsstörungen beizumessen.

8.1 In Bezug auf den Tinnitus und die damit zusammenhängenden Schlafstörungen ist das Gutachterteam in Übereinstimmung mit Dr. G.\_\_\_\_ der Auffassung, dass diese Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Im Gutachten des Gutachtensinstituts R.\_\_\_\_ wird dazu festgestellt, dass sich in den Audiogrammen eine reproduzierbare Seitendifferenz zu Ungunsten der rechten Seite finden lasse, was mit einer unfallbedingten leichtgradigen Contusio cochleae vereinbar sei (Dr. V.\_\_\_\_, otoneurologisches Teilgutachten vom 8. Juli 2011, Beschwerdebeilage 12, S. 6). Es handelt sich somit – zumindest anfänglich – nicht um einen "subjektiven" Tinnitus (vgl. dazu BGE 138 V 248). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer immer konsistente Angaben bezüglich dem Auftreten des Tinnitus gemacht hat. Weiter stellen die Gutachter fest, dass die Schlafstörungen Folge dieses Tinnitus bilden würden. Sie seien jedoch wiederum auch in einem gewissen Sinne Ursache für den negativen Verlauf mit Entwicklung eines dekompenzierten Tinnitus. Die initialen Schmerzen seien der Grund gewesen für den schlechten Schlaf, dies

wiederum habe zur Fokussierung auf den Tinnitus geführt und schlussendlich den negativen Verlauf entscheidend beeinflusst. Ohne das Trauma hätte sich eine solche Entwicklung kaum eingestellt, weshalb auch die Schlafstörungen mir überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Schädelhirntrauma zurückzuführen seien. Im Rahmen des Traumas sei es zu einer leichten Contusio cochleae mit leichter Schwerhörigkeit und Tinnitus gekommen. Entscheidend ist nun aber, dass das Gutachten festhält, dass der schwere Verlauf mit Entwicklung eines dekompenzierten Tinnitus mit Schlafstörung auf eine dysfunktionelle psychische Symptomverarbeitung, wahrscheinlich im Rahmen der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten, zurückzuführen sei (Gutachten, S. 25). Die ungewöhnlich protrahierte Beschwerdesymptomatik, die bereits seit über fünf Jahren bestehe, gehe nur zu einem geringen Teil und auch nur initial richtungsgebend zulasten organischer Ursachen, hier lediglich der leichten Contusio cochleae und initialer zervikaler Schmerzsymptomatik entsprechend. Die protrahiert angegebenen Beschwerden würden überwiegend zu Lasten psychischer Faktoren bei anankastisch akzentuierter Persönlichkeit gehen, welche zu einer dysfunktionellen Symptomverarbeitung und Symptomfixierung geführt hätten. Die Schwere und Intensität der Symptomatik sei sicher nicht mehr aus dem ursprünglichen Ereignis erklärbar und gehe überwiegend zulasten der anankastisch akzentuierten Persönlichkeitsstruktur, wobei das psychiatrische Gutachten keine darüber hinaus gehende versicherungsmedizinisch relevante psychiatrische Störung habe feststellen können.

8.2 Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 4.2 hiavor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten des Gutachtensinstituts R.\_\_\_\_ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Es ist für die streitigen Belange – vorliegend die Beurteilung der Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis vom 21. April 2006 – umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und setzt sich mit den vorhandenen ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend.

Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers zum Kausalzusammenhang nichts zu ändern. Soweit er unter Bezugnahme auf die psychiatrischen Beurteilungen von PD Dr. B.\_\_\_\_ die diesbezüglich ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens in Frage stellt, kann seine Auffassung nicht geteilt werden. PD Dr. B.\_\_\_\_ weist wie die anderen psychiatrischen Gutachter und Fachärzte darauf hin, dass der Beschwerdeführer anankastische Züge aufweise, indem er zu einer besonders exakten Arbeitsweise neige. Dies bewähre sich insbesondere in der von ihm schon seit Jahren ausgeübten Kontrolltätigkeit. Insofern können keine wesentlichen Differenzen zwischen den Beurteilungen von Dr. N.\_\_\_\_, PD Dr. Q.\_\_\_\_, Dr. S.\_\_\_\_, Dr. T.\_\_\_\_ und PD Dr. B.\_\_\_\_ ausgemacht werden. Unabhängig von der diagnostischen Einordnung der psychischen Beschwerden kommt er ebenfalls zum Schluss, dass sich die Nackenschmerzen, der Tinnitus und die Durchschlafstörung gegenseitig verstärken würden.

Seine Beurteilung ist somit nicht geeignet, den psychiatrischen Teil des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Auf die schlüssigen und überzeugende Beurteilung der Gutachter betreffend Kausalzusammenhang kann daher abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen diesbezüglich erweisen sich nicht als notwendig.

8.3 In Anbetracht der Beurteilung des Gutachterteams des Gutachterinstituts R.\_\_\_\_\_ ist davon auszugehen, dass der Tinnitus und die damit zusammenhängenden Schlafstörungen zumindest anfänglich auf einer organischen Ursache beruhten, die durch den Unfall verursacht worden ist. In Anbetracht des Umstands aber, dass die Gutachter davon ausgehen, dass hier der organische Aspekt aber längstens deutlich im Hintergrund getreten sei und die dysfunktionale Symptomverarbeitung zur Chronifizierung dieser Beschwerden geführt habe, ist von einer psychischen Fehlentwicklung im Sinne einer Überlagerung auszugehen, bei welcher eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach BGE 115 V 133 durchzuführen ist (vgl. Erwägung 3.8 hiervor). Nach dieser Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt (vgl. BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist wie bei BGE 134 V 109 an das Unfallereignis anzuknüpfen (vgl. BGE 115 V 138 E. 6). Bei leichten Unfällen wird der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint, wogegen bei schweren Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Folgen in der Regel zu bejahen ist. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher wie auch bei BGE 134 V 109 weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa) zu nennen: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist auch hier nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Das trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen,

die möglicherweise die psychische Fehlreaktion mitbegünstigt haben könnten (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/bb).

8.4 Wie bereits in Erwägung 7.3 hiavor dargelegt, ist der vom Beschwerdeführer am 21. April 2006 erlittene Unfall dem mittleren Bereich zuzuordnen, ohne dass ein Grenzfall zu den schweren oder zu den leichten Unfällen anzunehmen wäre. Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges ist demnach zu bejahen, falls ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind. Wie bereits dargelegt, hat sich der Unfall weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Auch hat sich der Beschwerdeführer keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art und insbesondere keine Verletzungen zugezogen, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen herbeizuführen. Es liegt keine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, oder ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen vor. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung der physischen Unfallfolgen ist ebenfalls zu verneinen. Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann bejaht werden, ebenfalls ist eine lange andauernde und physisch begründete Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Somit sind auch hier lediglich zwei der massgebenden unfallbezogenen Kriterien erfüllt, was zur Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs führt. Es ist unter diesen Umständen nicht zu bemängeln, dass die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 21. April 2006 und dem Tinnitus und den Schlafstörungen verneint hat.

9. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der angefochtene Einspracheentscheid von 20. August 2012 in Bezug auf die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen den bestehenden gesundheitlichen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 21. April 2006 auf beweiskräftigen medizinischen Abklärungsergebnissen beruht. Die Vorinstanz ist gestützt darauf zu Recht davon ausgegangen, dass die geltend gemachten Schlafstörungen, der Tinnitus sowie die Kopf- und Nackenbeschwerden und allfällige Konzentrationsstörungen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr auf das Unfallereignis vom 21. April 2006 zurückzuführen sind und deshalb keine Leistungspflicht seitens der Unfallversicherung mehr begründen. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

10. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>