Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
U 503/06

Urteil vom 7. November 2007
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichter Lustenberger, Frésard,
Gerichtsschreiber Jancar.

Parteien
F._____, 1975, Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt Viktor Estermann, Sempacherstrasse 6, 6003 Luzern,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Nidwalden vom 23. März 2006.

Sachverhalt:
A.
Der 1975 geborene F._____ arbeitete seit 1. September 1999 als Möbelberater bei der Firma A._____ AG und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) unfallversichert. Am 20. November 2000 schlug ihm ein Gast in einem Restaurant nach einer verbalen Auseinandersetzung von hinten dreimal mit der Faust auf den Kopf. Gleichentags begab sich F._____ ins Spital X._____, wo im Rahmen einer 24-stündigen Hospitalisation eine leichte Commotio cerebri diagnostizierte wurde. Vom 9. Januar bis 20. Februar 2001 war der Versicherte in der Rehaklinik Y._____ hospitalisiert. Bis Ende Februar 2001 war er zu 100 % arbeitsunfähig, ab 1. März 2001 zu 25 % arbeitsfähig. Seit 16. März 2001 war er bei Dr. phil. H._____, Psychologe FSP, in psychotherapeutischer Behandlung. Ab 1. März 2002 war er als Möbelberater zu 50 % arbeitsfähig. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). In der Folge zog sie verschiedene Arztberichte bei und holte ein neuropsychologisches Gutachten des Spitals Z._____ vom 8. Mai 2003, ein neurologisches Gutachten des Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 31. Oktober 2003, einen Bericht des Dr. med. O._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, Rehaklinik Q._____, über die ambulante psychiatrische Untersuchung vom 6. April 2004 sowie ein Gutachten des Dr. med. K._____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, vom 20. Juli 2004 ein. Am 1. Oktober 2004 trat der Versicherte eine 50%ige Stelle als Wohnberater bei der Firma B._____ an. Mit Verfügung vom 8. Oktober 2004 stellte die SUVA die Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 20. November 2000 auf den 30. Oktober 2004 ein, da die noch geklagten psychischen Beschwerden mit dem Unfall nicht mehr in einem rechtserheblichen Zusammenhang stünden. Dagegen erhoben der Versicherte und sein Krankenversicherer Einsprache. Mit Entscheid vom 1. März 2005 wies die SUVA die Einsprache ab. Die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den dominierenden psychischen Beschwerden sei zu verneinen.
B.
Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Nidwalden mit Entscheid

vom 23. März 2006 ab.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt der Versicherte die Aufhebung des kantonalen Entscheides und Rückweisung der Sache an das kantonale Gericht, eventuell an die SUVA, zur Neubeurteilung; es seien ihm sämtliche nach UVG zustehenden Leistungen über den 30. Oktober 2004 hinaus weiterhin auszurichten; es seien ihm über den 30. Oktober 2004 hinaus weiterhin UV-Taggelder sowie Heil-, Behandlungs- und Transportkostenleistungen zu erbringen; eventuell sei ihm eine angemessene Invalidenrente nach UVG zuzusprechen; es sei ihm eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten.
Die SUVA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).
2.
2.1 Die Vorinstanz hat die Bestimmung über den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie die Grundsätze zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen), zur vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181 mit Hinweis), bei psychischen Unfallfolgen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 123 V 98, 115 V 133 ff.) sowie Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) bzw. einer diesem äquivalenten Verletzung (BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103, 122 V 415, 117 V 359 ff.; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zu dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.
2.2
2.2.1 Zu ergänzen ist, dass die zum HWS-Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung betreffend Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs sinngemäss anzuwenden ist, wenn sich die Folgen eines Schädelhirntraumas mit jenen eines HWS-Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382). Die Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 369 kommt indessen nicht bereits zur Anwendung, wenn eine Verletzung diagnostiziert ist, die als Commotio cerebri bzw. auch als (leichtes) Schädelhirntrauma bezeichnet wird. Massgebend ist vielmehr, ob das in BGE 117 V 369 E. 4b S. 382 beschriebene bunte Beschwerdebild als natürlich-kausale Folge eines erlittenen Schädelhirntraumas vorliegt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 370/05 vom 1. Mai 2006, E. 3.2 mit Hinweis). Gleiches gilt im Rahmen der Diagnose eines HWS-Schleudertraumas bzw. einer diesem äquivalenten Verletzung (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360; zur Bedeutung der Latenzzeit von höchstens 72 Stunden für das Auftreten der Beschwerden vgl. SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75 E. 5, U 215/05, RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29, Urteil des Bundesgerichts U 88/06 vom 18. Juli 2007, E. 4.1).
2.2.2 Die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 ff. kommt dann zur Anwendung, wenn bei der versicherten Person schon vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch diesen verstärkt wurden (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 327, U 273/99). Gleiches gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosse Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79, U 96/00). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437, U 164/01, schliesslich dargelegt hat, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nur dann im Sinne von BGE 123 V 98 E. 2a S. 99 unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufwies. Wird die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 98 E. 2a S. 99 in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe

der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 328/06 vom 25. Juli 2007, E. 2.2).
3.
Streitig ist, ob der Versicherte als Folge des Ereignisses vom 20. November 2000 über den 30. Oktober 2004 hinaus Anspruch auf SUVA-Leistungen hat.
3.1 Das Spital X._____ diagnostizierte am 20. November 2000 (Unfalltag) eine leichte Commotio cerebri. Der Versicherte verspüre starke Kopfschmerzen und Schwindel. Die HWS sei unauffällig. Das Schädelröntgen zeige keine Fraktur.
3.2 Der Hausarzt Dr. med. U._____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte am 22. Dezember 2000 eine Schleudertrauma-Symptomatik mit schwerer mentaler Beeinträchtigung bei vorbestehender psychovegetativer Symptomatik. Im Bericht vom 12. September 2001 gab Dr. med. U._____ weiter an, auffällig sei eine persistierende psychovegetative Destabilisierung mit Depressionssymptomatik und somatischen Beschwerden aus dem Formenkreis der vegetativen Dystonie.
3.3 Die Rehaklinik Y._____ stellte im Bericht vom 11. April 2001 folgende Diagnosen: Status nach Contusio capitis durch Faustschlag mit HWS-Distorsion und posttraumatischer Amnesie (DD: akute Belastungsreaktion, leichte traumatische Hirnverletzung), persistierender zervikozephaler Symptomenkomplex, neuropsychologische Funktionsstörungen, vegetative Dysregulation, Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Auf Grund der aktuellen psychosozialen Belastungssituation und der depressiven Stimmungslage (der Versicherte hege phasenweise Suizidgedanken) sei eine psychotherapeutische Behandlung dringend indiziert.
3.4 Der behandelnde Psychologe Dr. phil. H._____ führte im Bericht vom 4. Juli 2001 aus, bei der Erstkonsultation am 6. März 2001 sei der Versicherte depressiv gewesen und habe geweint. Er habe sich vom erlittenen Schock, niedergeschlagen zu werden, nicht erholt. Offensichtlich liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor.
3.5 Im neuropsychologischen Gutachten des Spitals Z._____ vom 8. Mai 2003 wurde dargelegt, es fänden sich deutlich verminderte mentale Leistungen, die allerdings nicht allein mit einer hirntraumatischen Komponente erklärt werden könnten. Den erbrachten mentalen Minderleistungen müsste ein organisches Korrelat entsprechen, das aber in Y._____ mittels MRI ausgeschlossen worden sei. Es sei davon auszugehen, dass sich einerseits die ausgeprägte Schmerzproblematik und anderseits die diagnostizierte psychische Problematik (Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion) deutlich auf die mentale Leistungsfähigkeit auswirkten. Aus neuropsychologischer Sicht schlössen sie auf eine leichte, direkt traumatisch bedingte neuropsychische Störung. Es sei davon auszugehen, dass nicht die neuropsychologischen Defizite als Folge einer hirnorganischen Komponente im Vordergrund stünden, sondern dass die psychische Problematik und die Schmerzproblematik stärker bestimmend seien. Bei Stabilisierung der psychischen Situation und Verbesserung der Schmerzproblematik werde sich die mentale Leistungsfähigkeit verbessern. Eine neuropsychologische Therapie sei nicht indiziert.
3.6 Dr. med. M._____, Neurologe und Psychiater, legte im neurologischen Gutachten vom 31. Oktober 2003 dar, es sei ein schweres Zervikalsyndrom mit erheblicher Einschränkung der Kopfbeweglichkeit und massiver Berührungs- und Druckempfindlichkeit nachweisbar. Weiter handle es sich um eine längerdauernde depressive Episode mit Somatisierungsstörung (chronische Schmerzen, Schlafstörungen, verminderte Belastbarkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, allgemeine Zittrigkeit, Konzentrationsstörungen, unspezifische sensible Missempfindungen und vegetative Zeichen). Die Ursachen der Schmerzen seien langdauernde muskuläre Verspannungen und Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit (Zervikalsyndrom) mit Ausbreitung über den ganzen Rücken. Die depressive Episode mit Somatisierungsstörung verschlimmere die Schmerzen. Diese seien durch den Unfall vom 20. November 2000 ausgelöst worden; insofern könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem kausalen Zusammenhang gesprochen werden (vgl. auch E. 5.2.1 hienach).
3.7 Der Psychiater Dr. med. O._____ führte im Bericht vom 6. April 2004 aus, schwergewichtig liege eine Panikstörung vor. Anhaltspunkte für eine spezifische psychotraumatologische Störung, wie zum Beispiel eine posttraumatische Belastungsstörung, bestünden nicht. Auch könne nicht im eigentlichen Sinne von einer Anpassungsstörung und von einer eigentlichen Somatisierungsstörung oder somatoformen Störung gesprochen werden. Entgegen der Auffassung des Dr. med. M._____ bestehe sicher nicht eine depressive Episode (dies wäre eine erhebliche depressive Störung im Sinne einer Major-Depression). Wenn man die Akten analysiere, insbesondere auch diejenigen, die näher zum Ereignis stünden, fielen typische angstbedingte Symptome schon

sehr früh auf, auch in der Beschreibung der Rehaklinik Y._____. In den ersten Monaten sei aber wahrscheinlich die depressive Komponente deutlich stärker ausgeprägt gewesen.
3.8 Der Psychiater Dr. med. K._____ diagnostizierte im Gutachten 20. Juli 2004 eine posttraumatische Neurasthenie (ICD-10: F48.0) mit Zuständen vegetativer Paroxysmen (Schwitzen, Zittern, Parästhesien, Schwindel, fliessende Schmerzen) im Sinne von schubweise auftretender somatoformer autonomer Funktionsstörung gemäss F45.3 bei: bereits prätraumatisch bekannten Zuständen vegetativer Dystonie; relevanter "Rechtskränkung" im Nachgang des erlittenen Unfalls (Z65.6); bei ehrgeiziger, leistungsorientierter, noch nicht ausgereifter Persönlichkeit (Z73.1). Trotz der resignativ-depressiven Grundstimmung seien die Kriterien für eine depressive Störung im Sinne von ICD-10: F32 ff. nicht erfüllt. Zu erwägen wäre noch eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Dagegen spreche die quasi friktionslose Entwicklung zum Unfall. Heute sollte vom Versuch, eine solche Diagnose zu stellen, so lange Abstand genommen werden, wie eindeutig unfallbezogene Faktoren das Störungsbild beherrschten. Die von Dr. med. O._____ diagnostizierte Panikstörung stehe nicht im Gegensatz zu obiger Diagnostik, sondern sei darin als relativierter Teilaspekt mitenthalten. Unverständlich sei, wie Dr. phil. H._____ in seiner ersten Beurteilung in Anbetracht der
objektiven Befunde eine posttraumatische Belastungsstörung habe diagnostizieren können. Das heute vorliegende Störungsbild sei ohne das Ereignis vom 20. November 2000 undenkbar. Klinisch werde das Störungsbild beherrscht durch neurasthenische Beschwerden mit depressiver Grundstimmung. Durch die erhaltenen Schläge habe der Versicherte eine leichte Commotio cerebri erlitten mit heute noch diagnostiziertem schweren Zervikalsyndrom und erheblicher Einschränkung der Kopfbeweglichkeit sowie massiver Berührungs- und Druckempfindlichkeit (Dr. med. M._____). Bei ganzheitlicher Betrachtung sei das beschriebene schwere Zervikalsyndrom von zweitrangiger Bedeutung. Im Zentrum der mentalen Beeinträchtigungen des Versicherten stehe ein abgrundtiefes Gefühl der "Rechtskränkung". Dies habe wesentlich dazu beigetragen, dass der mechanisch erlittene Gesundheitsschaden durch die Schläge auf den Kopf eindeutig weniger bedeutsam sei als die Erfahrung, hinterhältig von einem unliebsamen Betrunkenen in seiner Integrität nicht respektiert zu werden und obendrein das Gefühl zu erhalten, die richterlichen Behörden liessen ihn im Stich.
4.
4.1 Auf Grund der medizinischen Akten ist erstellt und unbestritten, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Leistungseinstellung auf den 30. Oktober 2004 und auch danach bis zum massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides (1. März 2005; BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) an keinen objektiv (hinreichend) nachweisbaren organischen Unfallfolgen mehr gelitten hat. Weiter wird von keiner Seite in Frage gestellt, dass der Unfall vom 20. November 2000 zumindest eine Teilursache des fortbestehenden, organisch nicht fassbaren Beschwerdekomplexes bildet, was für die Bejahung der natürlichen Kausalität genügt (BGE 119 V 335 E. 1 S. 337).
4.2 Zu prüfen ist demnach einzig die umstrittene Frage der Adäquanz des Kausalzusammenhangs (vgl. auch RKUV 2005 Nr. U 555 S. 322 E. 3.2 mit Hinweis, U 458/04).
Der Versicherte ist der Auffassung, er habe beim Unfall vom 20. November 2000 eine HWS-Distorsion erlitten. Die somatischen Beschwerden seien im Vergleich zur psychischen Problematik keineswegs in den Hintergrund getreten. Vielmehr liege ein komplexes Beschwerdebild zwischen somatischen und psychischen Beschwerden vor. Die Adäquanz sei demnach nach Massgabe von BGE 117 V 359 ff. - mithin ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten - zu beurteilen, was zu deren Bejahung führe. Gleiches gelte selbst dann, wenn die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) zu beurteilen wäre.
Die Vorinstanz vertritt den Standpunkt, es sei nicht auszuschliessen, dass der Versicherte zumindest an einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung leide. Dies könne indessen offen bleiben, da die eventuell hierauf zurückzuführenden Beschwerden im Vergleich zur psychischen Problematik in den Hintergrund getreten seien, weshalb die adäquate Kausalität nach BGE 115 V 133 ff. zu beurteilen sei. Die Adäquanzkriterien seien nicht im erforderlichen Ausmass erfüllt.
5.
5.1 Gestützt auf die medizinische Aktenlage (E. 3 hievor) ist davon auszugehen, dass im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung auf den 30. Oktober 2004 die physischen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437). Der Vorinstanz ist demnach beizupflichten, dass die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) zu beurteilen ist. Es kann mithin offen bleiben, ob der Versicherte ein HWS-Schleudertrauma

bzw. eine äquivalente Verletzung erlitten hat.
5.2 Die Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen zu keinem anderen Ergebnis zu führen.
5.2.1 Aus dem Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. med. M._____ vom 31. Oktober 2003 kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zwar legte Dr. med. M._____ dar, in der neurologischen Untersuchung falle ein schweres Zervikalsyndrom auf. Gleichzeitig führte er aber aus, hiefür gebe es in den umfangreichen radiologischen Abklärungen kein organisches Korrelat. Er empfehle eine Verlaufskontrolle im Sinne eines Nativröntgens der HWS ap/seitlich/schräg. Sofern dieses Röntgen normal ausfalle, müsse man auch an die Möglichkeit einer Somatisierungsstörung denken. In der detaillierten neurologischen Untersuchung fänden sich keine Hinweise auf eine Verletzung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Hingegen seien die Angaben des Versicherten bei den Untersuchungen, bei denen seine Mitarbeit erforderlich sei, stark wechselnd. Darunter falle z.B. die Streubreite des Vibrationssinnes an allen vier Extremitäten, die wechselnden Angaben bezüglich Berührungs- und Temperaturempfinden, ohne dass man reproduzierbar ein Areal von Hypo- der Hypersensibilität finden könne, und die Schwierigkeiten in den Koordinationsprüfungen. Ein Absinken eines Armes im Vorhalteversuch ohne Pronation sei nur durch eine psychogene Ursache
erklärbar. Der Symptomkomplex von chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, verminderter Belastbarkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, allgemeiner Zittrigkeit und Konzentrationsstörungen sei vereinbar mit einer Somatisierungsstörung. Im Anschluss an den Unfall sei es zu einer akuten Belastungssituation, später zu einer Anpassungsstörung gekommen, die gemäss ICD-10 nur während 6 Monaten als solche bezeichnet werden dürfe. Jetzt handle es sich um eine länger dauernde depressive Episode mit Somatisierungsstörung (ICD-10: F45).
Gestützt auf die Empfehlung des Dr. med. M._____ wurde am 18. November 2003 im Spital X._____ ein Röntgen der HWS ap/liegend, seitlich und beidseits schräg sitzend und Dens transbucal gezielt liegend durchgeführt. Diese Untersuchung ergab eine morphologisch normale HWS. Demnach ist auch gestützt auf die Beurteilung des Dr. med. M._____ davon auszugehen, dass das schwere Zervikalsyndrom hauptsächlich auf die psychische Ursache, von ihm als Somatisierungsstörung qualifiziert, zurückzuführen ist.
5.2.2 Nicht gefolgt werden kann dem Einwand des Versicherten, das Gutachten des Dr. med. K._____ sei in sich widersprüchlich. Entgegen der Auffassung des Versicherten ging Dr. med. K._____ nicht von einem schweren Zervikalsyndrom aus, sondern legte dar, Dr. med. M._____ habe ein solches diagnostiziert. Dr. med. K._____ selber hat das von Dr. med. M._____ beschriebene Zervikalsyndrom als zweitrangig gegenüber der psychischen Problematik bezeichnet. Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Versicherte unter den gegebenen Umständen aus der Tatsache, dass Dr. med. K._____ ausführte, die strenge Zimmermannsarbeit komme für ihn bei nicht mehr vorhandener Kondition und persistierendem Zervikalsyndrom nicht mehr in Betracht.
6.
Ein Unfallereignis ist - ausgehend vom äusseren Geschehensablauf - als solches als leicht, im mittleren Bereich liegend, oder als schwer einzustufen ohne Beizug des für die Beurteilung der Adäquanzfrage bei mittelschweren Unfällen zusätzlich zu berücksichtigenden Kriterienkatalogs (BGE 115 V 133 E. 6 Ingress S. 139; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 503/05 vom 17. August 2006, E. 2.2 und 3.1 f.).
Das kantonale Gericht hat das Ereignis vom 20. November 2000 dem mittleren Bereich im Grenzbereich zu einem leichten Unfall zugeordnet. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht von einem mittleren Unfall im Grenzbereich zu den schwereren ausgegangen werden. Die Adäquanz der psychischen Unfallfolgen ist daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die massgebenden Kriterien in gehäufter oder auffallender Weise erfüllt sind.
Bei der Prüfung der einzelnen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile, deren hinreichender Zusammenhang mit dem Unfall Gegenstand der Prüfung bildet, ausgeklammert bleiben (erwähntes Urteil U 88/06, E. 7.1).
7.
7.1 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls gegeben sind, beurteilt sich objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc). Dieses Kriterium ist hinsichtlich des Ereignisses vom 20. November 2000 nicht erfüllt.
7.2 Ein allenfalls erlittenes Schleuder- oder Distorsionstrauma der HWS fällt im Rahmen des Kriteriums der

Schwere oder besonderen Art der Verletzung ausser Betracht (erwähntes Urteil U 88/06, E. 7.2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 489/05 vom 10. April 2006, E. 4.2 mit Hinweis).
Auch die unmittelbar nach dem Unfall im Spital X._____ diagnostizierte leichte Commotio cerebri führt nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (erwähntes Urteil U 479/05, E. 8.2).
7.3 Nach dem Unfall war der Versicherte während 24 Stunden im Spital X._____ hospitalisiert. Danach bestand die ärztliche Behandlung in der Verordnung eines Halskragens, Anwendung der Wärmelampe, vorsichtiger Mobilisation, Massage sowie medikamentöser Schmerzbekämpfung. Vom 9. Januar bis 20. Februar 2001 war der Versicherte in der Rehaklinik Y._____ hospitalisiert. In der Folge wurden hauptsächlich Medikamente, regelmässige Psychotherapie bei Dr. phil. H._____ sowie Physiotherapie verordnet. Im Bericht vom 5. Juli 2002 gab der Hausarzt Dr. med. U._____ an, bei ihm fänden Beratungen alle zwei bis drei Monate statt.
Den verschiedenen Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (erwähntes Urteil U 88/06, E. 7.2.3). Insgesamt ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung jedenfalls nicht auffallend erfüllt.
7.4 Offen bleiben kann, ob Dauerschmerzen im Sinne von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.6) oder vor allem Bewegungs- und Belastungsschmerzen vorlagen. Denn selbst wenn dieses Kriterium als erfüllt betrachtet würde, wäre es nicht in auffallender Weise gegeben.
7.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung wird zu Recht nicht geltend gemacht.
7.6 Die Kriterien des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden - welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerbeschwerden) zu berücksichtigen sind - darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts U 37/06 vom 22. Februar 2007, E. 7.6 mit Hinweisen). Solche Gründe sind nicht gegeben. Der Umstand, dass trotz eines Rehaaufenthaltes und regelmässigen Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werden konnten, führt entgegen der Auffassung des Versicherten nicht zur Bejahung dieses Kriteriums.
7.7 Das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544, U 56/00; erwähntes Urteil U 88/06, E. 7.2.7).
Der Beschwerdeführer war nach dem Ereignis vom 20. November 2000 bis Ende Februar 2001 zu 100 % arbeitsunfähig. Ab 1. März 2001 war er in der vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit als Möbelberater zu 25 %, ab 1. März 2002 zu 50 % arbeitsfähig. Am 1. Oktober 2004 trat er eine 50%ige Stelle als Wohnberater bei der Firma B._____ an. Mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. insbesondere RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544, U 56/00) ist das Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht in auffallender Weise gegeben.
7.8 Nach dem Gesagten sind von den sieben Adäquanzkriterien höchstens drei erfüllt, wobei kein Kriterium in besonders ausgeprägter Weise vorliegt (E. 7.3 f und 7.7 hievor). Damit sind die für die Adäquanzprüfung massgebenden Kriterien nicht in gehäufter und auffallender Weise gegeben (vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 488/05 vom 20. Oktober 2006, E. 3.3). Demnach haben SUVA und Vorinstanz den adäquaten Kausalzusammenhang für die Zeit ab 31. Oktober 2004 im Ergebnis zu Recht verneint. Sämtliche Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern.
8.
Das Verfahren ist kostenfrei (Art. 134 OG in der bis Ende 2006 gültig gewesenen Fassung; vgl. E. 1 hievor).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Nidwalden, Abteilung Versicherungsge-

richt, und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 7. November 2007

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:

Ursprung Jancar