

## **BGer 8C\_51/2010 vom 21. Mai 2010**

Bundesgericht, 2010-05-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_51\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_51_2010)

FR: TF 8C\_51/2010 du 21 mai 2010

IT: TF 8C\_51/2010 del 21 maggio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (nicht publ. E. 1.1 des Urteils BGE 135 V 412 , aber in SVR 2010 UV Nr. 2 S. 7 [8C\_784/2008]).

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

#### **E. 2.1**

Die Vorinstanz hat die Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden ( BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.), die erforderliche adäquate Kausalität im Allgemeinen, bei psychischen Unfallfolgen ( BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133) sowie Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung ( BGE 134 V 109 ) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zutreffend dargelegt. Gleiches gilt betreffend den Wegfall des ursächlichen Zusammenhangs und damit des Leistungsanspruchs der versicherten Person bei Erreichen des Status quo sine vel ante (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 [8C\_354/2007]), die Begriffe des Rückfalls und der Spätfolge ( Art. 11 UVV ; SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 1.2 [M 1/02]), den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125) und den Beweiswert von Arztberichten ( BGE 134 V 231 f. E. 5.1). Richtig ist auch, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken ( BGE 134 V 109 E. 2 S. 112). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind ( BGE 134 V 231 f. E. 5.1; SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1 [8C\_413/2008]).

#### **E. 2.2**

Eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule kann nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV

2000 Nr. U 363 S. 45). Die Dauer, während der eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - in Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr (Urteil 8C\_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 3.2 [HAVE 2010 S. 35] mit Hinweis).

### **E. 3.1**

Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen auch im Rahmen des Verfahrens um Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ( Art. 105 Abs. 3 BGG ) nur soweit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt ( Art. 99 Abs. 1 BGG ; BGE 135 V 194 ), was vom Beschwerdeführer näher darzulegen ist. Zu den Noven, zu deren Vorbringen erst der angefochtene Entscheid Anlass gibt, zählen insbesondere alle Umstände, die für die Anfechtung des Entscheids von Bedeutung sind (Eröffnung, Zustellung, Fristwahrung etc.), ferner Tatsachen und Beweismittel zur Begründung gewisser formellrechtlicher Mängel (Verletzung des rechtlichen Gehörs, unrichtige Besetzung der Richterbank), mit denen nicht zu rechnen war, und schliesslich tatsächliche Vorbringen und Beweismittel, die erst aufgrund einer neuen überraschenden rechtlichen Argumentation der Vorinstanz Rechtserheblichkeit erlangt haben. Dazu gehören aber nicht Tatsachenbehauptungen oder Beweismittel, welche der Beschwerdeführer im kantonalen Verfahren vorzutragen unterlassen hat, und die deshalb von der Vorinstanz auch nicht berücksichtigt werden konnten. Er kann nicht mit neuen tatsächlichen Vorbringen und Beweismitteln, die er schon vor der Vorinstanz hätte vorbringen können und müssen, nachzuweisen versuchen, dass die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung unrichtig oder die Beweiswürdigung willkürlich sei. Soweit er solche Noven vorträgt, ist er demnach nicht zu hören (Urteil 8C\_673/2009 vom 22. März 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer legt letztinstanzlich neu Berichte des Dr. med. Dr. med. Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 14. Januar und 20. Oktober 2008 auf. Gründe im Sinne von Art. 99 Abs. 1 BGG , die den Schluss nahe legen würden, erst der angefochtene Entscheid vom 24. November 2009 habe ihm Anlass zur Einreichung dieser Beweismittel gegeben, bringt er nicht vor und sind auch nicht ersichtlich. Zudem macht er nicht geltend, dass ihm deren vorinstanzliche Beibringung trotz hinreichender Sorgfalt prozessual unmöglich und objektiv unzumutbar war. Diese beiden Beweismittel können mithin vorliegend nicht berücksichtigt werden (vgl. auch Urteil 8C\_673/2009 E. 3.2).

### **E. 4.1**

Das Spital A.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Notfallbericht vom 31. August 2007 eine leichte HWS-Distorsion, einen Status nach Schleudertrauma vor zwei Jahren, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und Diarrhoe.

### **E. 4.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Institut D.\_\_\_\_\_ führte am 14. September 2007 ein MRI der HWS durch und legte dar, im Vergleich zur Voruntersuchung von 2005 bestünden stationäre Befundverhältnisse mit leichter Streckhaltung der HWS mit Angulation im Segment C4/5. Er stellte minimale Chondrosen C4/5 und C5/6 fest. Es bestehe kein Hinweis für posttraumatische Strukturveränderungen im Sinne einer bone bruise oder Fraktur. Es finde sich eine normale Morphologie und ein regelrechtes Signalverhalten des

Myelons. Am 11. Oktober 2007 nahm Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ein MRI der LWS vor. Er wies eine mässig grosse medio rechtsseitige Diskushernie im Segment LWK 4/5 nach, die den Rezessus rechts deutlicher einenge als den linken mit entsprechender Irritation L5. In Kombination mit dem anlagemässig engen Spinalkanal komme es zur grenzwertigen Spinalkanalstenose.

#### **E. 4.3**

Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 6. Februar 2008 anamnestisch eine Instabilität linkes Bein, HWS-Beschleunigungstrauma am 30. August 2007. Die Zuweisung sei zur Beurteilung einer Schwäche im linken Bein erfolgt. Motorisch lasse sich kein Ausfallsyndrom nachweisen. Paresen fehlten, die Muskeleigenreflexe der Beine seien lebhaft symmetrisch. Die "Gefühlsstörungen" liessen sich keinem Dermatome zuordnen, der Lasègue sei negativ. Insgesamt könne er keine neurologische Symptomatik objektivieren und empfehle eine rheumatologische Stellungnahme.

#### **E. 4.4**

Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, und Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Spital H.\_\_\_\_\_, diagnostizierten im Bericht vom 25. März 2008 1. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links (a. mässig grosse, medio rechtsseitige Diskushernie L4/5 mit rezessaler Einengung rechtsbetont, anlagemässig enger Spinalkanal [MRI 10/07]; b. muskuläre Dysbalance; SIG-Dysfunktion links, DD: SIG-Arthritis bei Diagnose 2; c. segmentale Dysfunktion untere Brustwirbelsäule [BWS] und Rippe links; d. Status nach Auffahrunfall am 30. August 2007); 2. Psoriasis vulgaris. Nach dem Unfall vom 30. August 2007 seien Nacken- und lumbale Rückenschmerzen aufgetreten. Die stärkeren Nackenschmerzen seien nach gut zwei Monaten verschwunden. Wegen der lumbalen Rückenschmerzen sei durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_ eine Spritze gluteal links injiziert worden. Die angegebenen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in den Trochanter links führten sie auf eine segmentale Dysfunktion L5 und eine SIG-Dysfunktion links zurück. Differentialdiagnostisch müsse neben der klinisch neuromeningealen Reizung L4 bzw. L5 bei mässig grosser medio rechtsseitige Diskushernie L4/5 an eine SIG-Arthritis bei Psoriasis vulgaris links gedacht werden. Die MRI-Bilder hätten ihnen nicht vorgelegen. Sie würden ein MRI des ISG anmelden.

#### **E. 4.5**

Der Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 2. April 2008 an, aufgrund des Telefonats mit Dr. med. B.\_\_\_\_\_ seien also die neuen ischialgieformen Beschwerden Tage nach dem Unfall aufgetreten und hätten sich dann verstärkt - wie aus dem Fragebogen auch erulierbar - mit den angegebenen Kribbelgefühlen innerhalb von drei Tagen also vereinbar, weshalb die aktuellen Beschwerden im Sinne einer Verschlimmerung eines Vorzustandes lumbal in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 30. August 2007 zu sehen seien.

#### **E. 4.6**

Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Röntgeninstitut Z.\_\_\_\_\_, beschrieb aufgrund einer MRI des ISG vom 8. Mai 2008 eine normale kernspintomografische Exploration beider ISG ohne Hinweise auf eine floride ISG-Arthritis und ohne Nachweis von postentzündlichen oder signifikanten degenerativen Veränderungen.

#### **E. 4.7**

Der Chirurg Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 8. Juni 2008 ein HWS-Beschleunigungstrauma vom 30. August 2007, lumbospondylogenes Syndrom links mit mässig grosser medio rechtsseitiger Diskushernie L4/5 mit rezessaler Einengung rechtsbetont, anlagemässig enger Spinalkanal, muskuläre Dysbalance, segmentale Dysfunktion untere BWS und Rippe links, Status nach Auffahrunfall vom 30. August 2007. Im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren mit, nämlich die vorbestehende Diskushernie und die Spinalkanalverengung. Seit 19. November 2007 habe der Versicherte die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen.

#### **E. 4.8**

Der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. M. \_\_\_\_\_ führte in der Akten-Beurteilung vom 19. Juni 2008 aus, versicherungsmedizinisch könne man angesichts dieser leichten Kontusion der Lenden-/Beckengegend lediglich von einer vorübergehenden möglichen Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustands ausgehen. Die rechtsseitige Diskushernie L4/L5, die degenerativ und krankhaft bedingt sei, schein asymptotisch. Die umfangreichen Abklärungen ergäben keinen Hinweis auf unfallbedingte Verursachung einer linksseitigen Lumboischialgie. Auch die Abklärungen in Richtung ISG links seien negativ gewesen; er verweise auf den MRI-Befund der ISG vom 8. Mai 2008. Gemäss Fachliteratur müsse die Erreichung eines Status quo sine respektive ante nach 6, allerspätestens nach 12 Monaten bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen angenommen werden. Somit habe die SUVA den Fall spätestens 1 Jahr nach dem Unfall respektive Ende August 2008 per saldo aller Ansprüche zu terminieren.

#### **E. 4.9**

Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erneuerten aufgrund einer Untersuchung des Versicherten vom 16. Juni 2008 im Bericht vom 1. Juli 2008 ihre am 25. März 2008 gestellten Diagnosen 1 Ingress, 1a, d und e sowie 2 (vgl. E. 4.4 hievor). Abweichend von den damaligen Diagnosen 1b und c diagnostizierten sie eine muskuläre Dysbalance mit Beckenringinstabilität und rezidivierenden SIG-Dysfunktionen. Die vom Versicherten angegebenen Schmerzen führten sie unverändert auf eine muskuläre Dysbalance zurück. Klinisch sei die Beckeninstabilität im Vordergrund nach dem Auffahrunfall vom 30. August 2007. Eine neuromeningeale Reizung der Wurzel L4 bzw. L5 dürfe nicht ausser Acht gelassen werden. MR-graphisch fänden sich glücklicherweise keine Hinweise für eine Spondylarthropathie. Therapeutisch schlugen sie eine stationäre Rehabilitation vor, am besten eine arbeitsspezifische. Zur Differenzierung der neuromeningealen Mitkomponente werde empfohlen, zu Beginn dieser Rehabilitation einen Sakralblock durchzuführen. Sollte dies in der gewählten Institution nicht möglich sein, könne dies bei ihnen in der Orthopädie durchgeführt werden.

#### **E. 4.10**

Am 10. Juli 2008 fragte die SUVA den Kreisarzt an, ob der Status quo bereits jetzt oder erst per 1. September 2008 angenommen werden dürfe. Der Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ gab in der Akten-Stellungnahme vom 9. Juli 2008 an, es sei eine theoretische Diskussion. Es sei von einem Status quo 6 bis 12 Monate nach dem Unfallereignis auszugehen. Siehe auch die Beurteilung vom 19. Juni 2008 (vgl. E. 4.8 hievor). Aufgrund des wenig tauglichen medizini-schen Traumas empfehle er die Terminierung jetzt.

#### **E. 5**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte ab 14. Juli 2008 weiterhin Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 30. August 2007 hat.

### **E. 5.1**

Die Vorinstanz hat im Wesentlichen erwogen, es lägen keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen mehr vor. Die adäquate Kausalität zwischen den HWS-Beschwerden und dem Unfall vom 30. August 2007 sei nach der "Schleudertraumapraxis" - bei der auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird - zu verneinen ( BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

### **E. 5.2**

Der Versicherte macht geltend, die LWS-Beschwerden, die Beckenbeschwerden und Kribbelparästhesien im linken Bein sowie die als Folge der erlittenen HWS-Distorsion bestehenden HWS-Beschwerden seien nach wie vor unfallkausal.

### **E. 6**

Zu beurteilen ist zum einen die HWS-Problematik.

#### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich vor, gemäss BGE 134 V 109 sei bei länger bestehenden Beschwerden ohne deutliche Besserungstendenz zügig eine interdisziplinäre Begutachtung angezeigt. Eine solche habe vorliegend nicht stattgefunden. Die Sache sei deshalb an die SUVA zurückzuweisen, damit sie diese Abklärung nachhole. Zudem sei die adäquate Unfallkausalität der HWS-Beschwerden zu bejahen.

#### **E. 6.2**

Das Spital A. \_\_\_\_\_ diagnostizierte beim Versicherten im Bericht vom 31. August 2007 u. a. eine leichte HWS-Distorsion als Folge des Unfalls vom 30. August 2007 sowie einen Status nach Schleudertrauma vor zwei Jahren. Nach dem Unfall habe er an Übelkeit, Erbrechen, Nacken- und Hinterkopfschmerzen sowie Durchfall gelitten. Heute dauere der Durchfall an; es bestehe Appetitlosigkeit, gelegentliche Verschwommensehen und Kribbeln, mal im rechten Arm, mal im linken Bein. Es liege Nackendruck und Bewegungsschmerz in jeglicher Richtung vor (vgl. auch E. 4.1 hievor).

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 4. Oktober 2010 eine leichte HWS-Distorsion und stellte unter der Rubrik "Verlauf" einen Nacken- und Bewegungsschmerz fest. Im Bericht vom 10. Oktober 2007 beschrieb er unter "Verlauf" Schlafprobleme, Kopfschmerzen sowie Ischialgie und ziehende Schmerzen links.

Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen gab der Versicherte am 14. Dezember 2007 an, im Nacken sei er eigentlich wieder beschwerdefrei. Er verspüre ab und zu lediglich noch leichte Verspannungen. Kopfschmerzen träten ebenfalls nur noch gelegentlich auf. Diese dehnten sich dann vom Hinterkopf bis zu den Augen aus. Mit diesen Beschwerden könne er jedoch leben. Schwindel sei nicht mehr vorhanden. Auch im rechten Arm sei er schmerzfrei. Wenn er auf ein gewisse Distanz grelle Farben anschau, trete gelegentlich noch ein kurzes, leicht verschwommenes Sehen auf; wenn er die Augen schliesse und wieder öffne, sehe er wieder normal. Unverändert leide er an starken Schmerzen im Rücken (Kreuz); die Schmerzen strahlten bis Mitte des linken Oberschenkels aus. Seit dem Unfall habe er oft kalte Füsse. Seit 19. November 2007 arbeite er wieder zu 50 %. Aufgrund der Kreuzschmerzen vermöge er noch nicht 8 bis 9 Stunden

stehend/gehend zu arbeiten. Er müsse sich deshalb zwischendurch hinsetzen, um sich auszuruhen. Zudem könne er die verkauften Waren oft nicht zum Auto der Kunden tragen und das Einräumen der Gestelle kaum ausführen, da er die Gewichte oft nicht zu heben vermöge bzw. das Heben von Gewichten schlecht ertrage. Er hoffe, dass er im Kreuzbereich baldmöglichst wieder schmerzfrei werde und seine Arbeit wieder vollumfänglich ausführen könne.

Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, zu dem der Versicherte zwecks Beurteilung einer Schwäche im linken Bein zugewiesen wurde, gab im Bericht vom 6. Februar 2008 anamnestisch an, nach dem Auffahrunfall habe er zunächst einige Wochen Nackenprobleme gehabt; diese hätten sich dann nahezu vollständig aufgelöst (E. 4.3 hievor).

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ legte im Bericht vom 12. Februar 2008 dar, seit dem Unfall vom 30. August 2007 bestehe eine Problematik im HWS-Bereich und eine Entwicklung eines lumboradikulären Syndroms mit Ausfällen im linken Bein. Unter "Verlauf" gab er eine Schwäche im linken Bein und eine verminderte Schmerzempfindung Hüfte/Aussenseite an. Das linke Knie trage den Versicherten manchmal nicht richtig. Seit 19. November 2007 habe er die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen. Im Bericht vom 8. Juni 2008 (E. 4.7 hievor) führte er unter "Verlauf" aus, es bestünden zunehmende lumbovertbrale Beschwerden mit subjektiver Schwächung Bein links sowie ein Druckgefühl im Gesäss links.

Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führten im Bericht vom 25. März 2008 aus, nach dem Unfall vom 30. August 2007 seien Nacken- und lumbale Rückenschmerzen aufgetreten. Die stärkeren Nackenschmerzen seien nach gut zwei Monaten verschwunden. Ihre Untersuchung des Versicherten vom 16. Juni 2008 bezog sich nur noch auf das lumbospondylogene Syndrom (E. 4.4 und 4.9 hievor).

### **E. 6.3**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fand im Bericht vom 14. September 2007 gestützt auf eine MRI der HWS keinen Hinweis für posttraumatische Strukturveränderungen an derselben vor (E. 4.2 hievor). Die von ihm festgestellte leichte HWS-Streckhaltung mit Angulation im Segment C4/5 sowie minimale Chondrosen C4/5 und C5/6 können damit nicht als klar ausgewiesene organische Unfallfolgen qualifiziert werden (vgl. auch Urteil 8C\_817/2008 vom 20. März 2009 E. 6.2 mit Hinweisen). Auch aus den übrigen ärztlichen Unterlagen ergeben sich keine Hinweise auf eine organisch-strukturelle HWS-Verletzung.

Aufgrund der in E. 6.2 hievor dargestellten Aktenlage ist davon auszugehen, dass die Symptome der HWS-Distorsion bis zum Fallabschluss am 14. Juli 2008 praktisch abgeklungen sind. Denn die seit 6. Februar 2008 (vgl. E 4.3. hievor) bei den Akten liegenden Arztberichte erwähnen diesbezüglich keine erheblichen Beschwerden mehr, sondern beziehen sich auf die vom Versicherten geltend gemachten LWS-, Becken- und linksseitigen Beinbeschwerden (E. 5.2 hievor und 9 hienach). Hiefür spricht auch, dass er im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen vom 14. Dezember 2007 seine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in erster Linie mit den Kreuzschmerzen begründete. Dass sich die HWS-Problematik seit dem Fallabschluss bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 30. Dezember 2008 (vgl. BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) erheblich verschlechtert hätte, geht aus den Akten nicht hervor und wird auch nicht substantiiert vorgebracht. Vielmehr ist zu beachten, dass der Physiotherapeut N. \_\_\_\_\_ in dem bei der Rechtsvertreterin des Versicherten im August 2008 eingegangenen Bericht einzig auf behandlungsbedürftige

Schmerzen mit radikulären Ausstrahlungen und neurologischen Ausfällen im Bereich des linken Beins, die sich auf Höhe der Nervenwurzel L4, L5 und S1 manifestierten, verwies.

In diesem Lichte ist mangels erheblicher Symptome einer HWS-Distorsion auf eine zusätzliche polydisziplinäre Begutachtung in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind ( BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 134 V 109 E. 9.4 S. 124 f.; vgl. auch Urteil 8C\_963/2009 vom 11. März 2010 E. 2.2). Unbefehlich ist der Einwand des Versicherten, entgegen den Ausführungen des Dr. med. M.\_\_\_\_\_ hätten keine mehrmaligen neurologischen Abklärungen stattgefunden.

#### **E. 6.4**

Unter diesen Umständen kann nicht gesagt werden, dass in Bezug auf die HWS-Problematik bei Fallabschluss von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes bzw. eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden konnte. Somit ist diesbezüglich der Fallabschluss nicht zu beanstanden ( BGE 134 V 109 E. 4. S. 113 f.).

#### **E. 6.5**

Beweismässige Weiterungen bezüglich der natürlichen Unfallkausalität der HWS-Problematik können unterbleiben, da der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. E. 7 f. hienach; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 3c; Urteil 8C\_644/2009 vom 17. März 2010 E. 4.1).

#### **E. 7.1**

Die Berücksichtigung mehrerer erlittener Unfälle im Rahmen der Adäquanzprüfung führt nicht zu einer Gesamtbeurteilung der Unfallschwere gleichsam aus der Summe der Unfälle. Die Unfallschwere ist prinzipiell - wobei offen bleiben kann, ob diese Regel Ausnahmen erfährt, da diese jedenfalls nicht die vorliegende Konstellation betreffen - für jedes Ereignis gesondert nach dem jeweiligen augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften zu bestimmen (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]). Hinreichend nachgewiesenen unfallbedingten dauerhaften Vorschädigungen eines Körperteils kann einzig im Rahmen der Beurteilung der Adäquanzkriterien - beispielsweise der besonderen Art der erlittenen Verletzung, der Arbeitsunfähigkeit oder der ärztlichen Behandlung - Rechnung getragen werden (SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1 E. 3.3.2 [U 39/04]; Urteile 8C\_177/2009 vom 12. August 2009 E. 7.1 und 8C\_477/2008 vom 19. Dezember 2008 E. 6.1).

#### **E. 7.2**

Unbestritten und nicht zu beanstanden ist die vorinstanzliche Feststellung, dass der Auffahrunfall vom 30. August 2007 als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2 [U 380/04]).

Zur Auffahrkollision vom 24. Dezember 2001, in deren Folge beim Versicherten ein HWS-Schleudertrauma diagnostiziert wurde, macht er geltend, aufgrund der Kollisionskräfte sei ein TV-Gerät vom Rückraum seines Fahrzeugs an die Kopfstütze geflogen. Selbst unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist der Unfall höchstens als im engeren Sinne mittelschwer zu qualifizieren (vgl. Urteil 8C\_595/2009 vom 17. November 2009 E. 7 mit Beispielen zur Unfallschwere).

Der Versicherte beruft sich weiter auf den Unfall vom 30. Oktober 2005, als dessen Folge ein HWS-Schleudertrauma und eine multidirektionale Schulterinstabilität links diagnostiziert wurden. Bei diesem Unfall prallte er trotz eingeleiteter Vollbremsung seitlich in ein von einem Parkplatz in die von ihm befahrene Strasse einbiegendes Auto. Auch dieser Unfall ist höchstens im engeren Sinne mittelschwer.

In solcher Konstellation kann der adäquate Kausalzusammenhang nur bejaht werden, wenn entweder mehrere der sieben massgeblichen Kriterien erfüllt wären oder eines davon in besonders ausgeprägter Weise vorläge (vgl. Urteil 8C\_217/2008 vom 20. März 2009 E. 9.2).

## **E. 8**

8.1.1 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls des Versicherten (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc). Auch dieses Kriterium ist nicht gesamthaft aufgrund der Summe aller erlittenen Unfälle, sondern für jeden Unfall separat zu prüfen (Urteil 8C\_177/2009 E. 7.3). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil 8C\_595/2009 E. 8 mit Beispielen zu diesem Kriterium).

8.1.2 Das Kriterium ist bezüglich des Unfalls vom 30. August 2007 nicht erfüllt. Hieran ändern die Einwände des Versicherten nichts, er sei auf den Aufprall nicht vorbereitet gewesen und habe eine Haltung eingenommen ("nach vorn gerutscht"), die einer out-off-Position gleichkomme. Das Kriterium kann auch nicht hinsichtlich der von ihm angerufenen Unfälle vom 24. Dezember 2001 und 30. Dezember 2005 bejaht werden; Gegenteiliges macht er nicht substantiiert geltend.

### **E. 8.2.1**

Zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung bedarf es einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.). Einer nachgewiesenermassen durch einen früheren Unfall verursachten dauerhaften HWS-Vorschädigung kann bei der Beurteilung Rechnung getragen werden (vgl. E. 7.1 hievore).

### **E. 8.2.2**

Soweit sich der Versicherte auf die Unfälle vom 24. Dezember 2001 und 30. Oktober 2005 beruft, in deren Rahmen jeweils ein HWS-Schleudertrauma diagnostiziert wurde, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn die Behandlung wurde aufgrund der Akten beim erstgenannten Unfall am 16. Januar 2002 und beim zweitgenannten Unfall im Dezember 2005 abgeschlossen. Dass der Versicherte danach wegen einer HWS-Problematik in relevantem Ausmass arbeitsunfähig gewesen wäre, wird nicht behauptet und ergibt sich auch nicht aus den Akten. Von einer dauerhaften HWS-Vorschädigung kann mithin nicht ausgegangen werden.

Selbst wenn die ergänzende Abklärung ergeben sollte, dass die vom Versicherten geklagten LWS-, Becken- und linksseitigen Beinbeschwerden unfallkausal sind (vgl. E. 9 hienach), kann nicht von erheblichen Verletzungen gesprochen werden. Das Kriterium ist jedenfalls nicht besonders ausgeprägt erfüllt.

### **E. 8.3**

Zum Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss ( BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128) ist Folgendes festzuhalten: Nach dem Unfall vom 30. August 2007 nahm der Versicherte Medikamente ein und absolvierte ambulant Physiotherapie. Weiter wurde er ambulant mittels MRI abgeklärt. Am 2. Oktober 2007 erfolgte eine Punktion ISG links. Das Kriterium kann aufgrund der Akten insgesamt nicht bejaht werden, zumal die Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen vorliegend nicht entscheidend ins Gewicht fallen (vgl. auch Urteil 8C\_357/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 9.3).

### **E. 8.4**

Nicht zu beanstanden ist aufgrund der Akten die vorinstanzliche Feststellung, das Kriterium der erheblichen Beschwerden im Lebensalltag bis zum Fallabschluss ( BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128) sei nicht erfüllt (vgl. auch die Angaben des Versicherten im HWS-Erhebungsblatt vom 14. Dezember 2007, E. 6.2 hievor).

### **E. 8.5**

Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nicht vor, was unbestritten ist.

### **E. 8.6**

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben ( BGE 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; Urteil 8C\_357/2009 E. 9.6 mit Hinweis). Solche Gründe sind nicht gegeben.

### **E. 8.7**

Zum Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ( BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S.129 f.) ist festzuhalten, dass der Versicherte die angestammte Arbeit am 19. November 2007 zu 50 % wieder aufgenommen hat, wobei er die verbleibende Einschränkung in erster Linie auf die Rückenschmerzen im Kreuzbereich und nicht auf die HWS-Problematik zurückführte (siehe HWS-Erhebungsblatt vom 14. Dezember 2007, E. 6.2 hievor). Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass die Symptome der HWS-Distorsion bis zum Fallabschluss am 14. Juli 2008 befriedigend abgeklungen sind. Dieses Kriterium ist somit ebenfalls zu verneinen (vgl. E. 6.2 hievor; Urteil 8C\_644/2009 vom 17. März 2010 E. 6.3).

### **E. 8.8**

Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz die adäquate Unfallkausalität der HWS-Problematik ab 14. Juli 2008 zu Recht verneint.

## **E. 9**

Zu prüfen sind weiter die LWS-, Becken- und linksseitigen Beinbeschwerden.

### **E. 9.1**

Das Spital A. \_\_\_\_\_ beschrieb im Bericht vom 31. August 2007 ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und ein Kribbeln im linken Bein. Das Rückenweh sei allerdings chronisch (E. 4.1).

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 4. Oktober 2010 ebenfalls ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und ein Kribbeln im linken Bein fest. Im Bericht vom 10. Oktober 2007 beschrieb er unter "Verlauf" eine Ischialgie und ziehende Schmerzen links.

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 11. Oktober 2007 an, Indikation zur Einweisung sei eine neue Schwäche im linken Bein sowie Reflexasymmetrie. Er stellte aufgrund einer MRI eine Diskushernie im Segment LWK 4/5 fest (E. 4.2 hievor).

Der Neurologe Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, an den der Versicherte wegen der Instabilität im linken Bein verwiesen wurde, konnte am 6. Februar 2008 keine neurologische Symptomatik objektivieren, empfahl aber eine rheumatologische Stellungnahme (E. 4.3 hievor).

Der Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ging in der Akten-Stellungnahme vom 2. April 2008 davon aus, die ischialgieformen Beschwerden mit den angegebenen Kribbelgefühlen seien als eine natürlich-kausale Verschlimmerung eines Vorzustandes lumbal durch den Unfall vom 30. August 2007 zu sehen (E. 4.5 hievor).

Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von der Rheumaklinik des Spitals H. \_\_\_\_\_ diagnostizierten in den Berichten vom 25. März und 1. Juli 2008 ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom links mit der Diskushernie L4/5 und beschrieben u.a. eine neuromeningeale Reizung der Wurzel L4 bzw. L5. Im zweitgenannten Bericht führten sie aus, klinisch stehe die Beckeninstabilität im Vordergrund nach dem Auffahrunfall vom 30. August 2007; die neuromeningeale Reizung der Wurzel L4 bzw. L5 dürfe nicht ausser Acht gelassen werden. Sie ersuchten die SUVA um Kostengutsprache für eine arbeitsspezifische Rehabilitation, in deren Rahmen ein Sakralblock durchzuführen sei (E. 4.4 und 4.9 hievor).

## **E. 9.2**

Bei dieser medizinischen Aktenlage lässt sich der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. August 2007 sowie den LWS-, Becken- und linksseitigen Beinbeschwerden nicht rechtsgenügend beurteilen, auch nicht unter Berufung auf medizinische Erfahrungstatsachen hinsichtlich der beim Versicherten diagnostizierten Diskushernie im Segment LWK 4/5 (vgl. E. 2.2 und 4.2 hievor; siehe auch Urteil U 241/06 vom 26. Juli 2007 E. 6.2). Die Akten-Stellungnahme des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2008 ist insofern nicht schlüssig, als er einerseits ausführte, die degenerativ bedingte Diskushernie L4/L5 scheinbar asymptomatisch, andererseits aber annahm, gemäss Fachliteratur müsse die Erreichung eines Status quo sine respektive ante spätestens nach 12 Monaten bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen angenommen werden (E. 4.8 hievor). Zudem drängt sich angesichts der in Frage stehenden LWS-, Becken- und Beinbeschwerden zusätzlich eine orthopädische Untersuchung des Versicherten auf, die aufgrund der Akten bisher nicht stattfand (vgl. auch Urteil 8C\_684/2008 vom 5. Januar 2009 E. 5.2).

Unter den gegebenen Umständen kann nicht gestützt auf die blossen Akten-Stellungnahmen der Dres. med. M. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni bzw. 9. Juli 2008 (E. 4.8 und 4.10 hievor) geschlossen werden, der Status quo sine vel ante sei am 14. Juli 2008 erreicht

worden (zum Beweiswert von Aktenberichten vgl. RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C\_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5). Es bestehen mithin nicht unerhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Ärzte Dres. med. M. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_, weshalb die SUVA in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes eine versicherungsexterne Begutachtung durchzuführen hat ( Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG ; BGE 135 V 465 ; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 [8C\_354/2007]). Danach hat sie über die Leistungsfrage ab 14. Juli 2008 neu zu verfügen.

#### **E. 10**

Die Rückweisung der Sache an die SUVA im Sinne von E. 9 hievore zu neuem Entscheid mit noch offenem Ausgang gilt für die Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als volles Obsiegen des Versicherten ( Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG ; BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235; Urteil 8C\_833/2009 E. 8). Hingegen unterliegt er hinsichtlich der HWS-Problematik (E. 6-8 hievore).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.