

## **BL\_GERICHTE 725 2012 286 vom 25. Februar 2011**

BL Gerichte, 2011-02-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_2012\\_286](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2012_286)

FR: BL\_GERICHTE 725 2012 286 du 25 février 2011

IT: BL\_GERICHTE 725 2012 286 del 25 febbraio 2011

### **Regeste**

Leistungen

### **Volltext**

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 30. Mai 2013 (725 12 286) Unfallversicherung Fallabschluss, adäquater Kausalzusammenhang Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichter Ignaz Jermann, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz Parteien A. , Beschwerdeführer, vertreten durch David Husmann, Rechtsanwalt, Alderstrasse 40, 8008 Zürich gegen SUVA , Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin Betreff Leistungen A. Der 1965 geborene A. erlitt am 5. April 2008 einen Auffahrunfall. Am selben Tag begab er sich zur Untersuchung ins B. . Dort wurden eine HWS-Distorsion QTF Grad II mit muskulären Verspannungen des M. trapezius links sowie eine Schulterkontusion links festgestellt. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 25. Februar 2011 stellte die SUVA die Leistungen per 20. März 2011 ein. Aufgrund der medizinischen Abklärungen seien die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Mangels adäquater Unfallfolgen bestehe kein Anspruch mehr auf weitere Geldleistungen der SUVA. Bezüglich der geltend gemachten Schulterbeschwerden links seien keine weiteren Behandlungen notwendig. Entgegenkommenderweise seien sie jedoch im Sinne einer abschliessenden Massnahme bereit, eine einmalige Kostenbeteiligung von Fr. 300.-- an ein Fitnessabonnement zu leisten. Für die Produkte OmniTens XP und Baxolve XP Lumbalstützbandage fehle es an deren Zweckmässigkeit, weshalb die Übernahme der Kosten abzulehnen sei. Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 29. März 2011 in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die SUVA die Ablehnung der Kostengutsprache für die Gerätschaften OmniTens XP sowie Baxolve XP nochmals prüfen und darüber neu verfügen müsse. Weitergehende Begehren wurden abgewiesen. B. Mit Eingabe vom 14. September 2012 erhob A. , vertreten durch Advokat Rainer Deecke, Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids, die Ausrichtung von weiteren Taggeldern und die Übernahme von Heilbehandlungskosten. Weiter seien dem Versicherten eine IV-Rente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Zudem sei ein verwaltungsexternes, interdisziplinäres Gutachten einzuholen, da der Sachverhalt mangelhaft abgeklärt worden sei. C. Mit Vernehmlassung vom 16. November 2012 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde. Der Versicherte sei im Anschluss an das Unfallereignis wiederholt von ausgewiesenen Fachärzten untersucht worden. Der neurologische Status sei im Wesentlichen unauffällig ausgefallen. Eine periphervestibuläre Funktionsstörung habe nicht nachgewiesen werden können. Die MRT des Neurocraniums sei unauffällig. Die Schwindelbeschwerden seien stets in ihrer Ätiologie als unklar beurteilt worden. Der

Vorwurf der mangelnden Sachverhaltsabklärung sei zurückzuweisen. Auf die Einholung eines weiteren Gutachtens sei zu verzichten. Schliesslich sei der adäquate Kausalzusammenhang nicht gegeben, da die Kriterien bei diesem mittelschweren im Grenzbereich zu den leichten Unfällen anzusiedelnden Unfall mehrheitlich nicht erfüllt seien. Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g : 1.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. 1.2 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 Tag-geld. Der Anspruch entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). 2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und den Gesundheitsbeeinträchtigungen ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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 beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 2.2 Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis 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 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). 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). 3.1 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 angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) - 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). 3.2 Im vorliegenden Fall beantwortete die SUVA die Frage der natürlichen Kausalität zwischen den persistierenden Beschwerden des Versicherten und dem Unfall vom 5. April 2008 nicht abschliessend, sondern führte an, dass selbst wenn die natürliche Kausalität der diagnostizierten, aber organisch nicht nachweisbaren Beeinträchtigungen bejaht werden würde, der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen wäre. Diese Vorgehensweise ist rechtsprechungsgemäss zulässig. Fehlt es nach Aktenlage im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung an organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen und wurden seit dem Unfall mit Kopf-, Nacken- und Schwindelbeschwerden eine Häufung der zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen geklagt, braucht der natürliche Kausalzusammenhang unter den gegebenen Umständen nicht abschliessend beurteilt zu werden, wenn die für die Leistungspflicht im Weiteren vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhanges zu verneinen ist (BGE 135 V 465 E. 5.1). Vor dieser Prüfung ist die Frage des Fallabschlusses zu beurteilen. 4.1 Ein weiterer Anspruch auf die vorübergehende UV-Leistung "Heilbehandlung" setzt nach Gesetz (Art. 19 Abs. 1 UVG) und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (BGE 137 V 201 f. E. 2.1, 134 V 114 E. 4.1). Nahtlos an diese Regelung schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll Heilbehandlung - wie die in den Art. 11 bis 13 UVG vorgesehenen Kostenvergütungen - nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei

Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

4.2 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 ff. hierzu festgehalten, dies bestimme sich mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei, namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei verdeutliche die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen würden nicht genügen (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

5.1. Der Beschwerdeführer erlitt anlässlich des Unfalls vom 5. April 2008 eine HWS-Distorsion sowie eine Schulterkontusion links. Weiter wurden muskuläre Verspannungen des M. trapezius links festgestellt (vgl. Bericht des B. vom 5. April 2008). Die Verlaufskontrolle am 2. Juni 2008 ergab bezüglich der Schulter eine posttraumatische Tendinitis der langen Bizepssehne und eine Bursitis subacromial. Zur Behandlung erfolgten Infiltrationen. Eine Rotatorenmanschettenruptur konnte mittels MRT ausgeschlossen werden (vgl. Bericht des B. vom 2. Juni 2008). Es folgte eine ambulante Abklärung in der C. am 13. Juni 2008. Als Diagnosen nannten die untersuchenden Ärzte eine HWS-Distorsion, eine Zerrung des M. subscapularis mit leichter Einblutung im muskulotendinösen Übergang, eine Irritation und eine Ansatzdynamose des M. subscapularis links sowie der langen Bicepssehne und ein zervikovertebrales Syndrom im Sinne einer myofaszialen Kettentendinose links. Weiter liege ein Status nach Arthroskopie des rechten Knies am 18. Januar 2008 vor. Schon vor dem Unfall sei der Versicherte im D. in physiotherapeutischer Behandlung wegen des rechten Knies gewesen. Seit dem Unfall sei das Programm ergänzt worden mit Massnahmen für die linke Schulter sowie des Nackens. Er arbeite zurzeit 10% in seinem Betrieb.

5.2. Am 27. August 2008 fand eine neurologische Untersuchung bei Dr. med. E., FMH Neurologie, statt. Ein linksbetontes muskuläres Zervikalsyndrom verbunden mit einer Dysbalance im Schultergürtelbereich könne objektiviert werden. Der Befund sei eindeutig, allerdings nicht so ausgeprägt, als dass sich daraus eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit ableiten liesse. Anhaltspunkte für eine Aggravation oder eine relevante funktionelle Überlagerung fehlten. Gewisse depressive Tendenzen seien nicht auszuschliessen. Die Arbeitsfähigkeit für eine wechselnd belastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit liege derzeit bei 50%.

5.3 In der Verlaufskontrolle vom 7. Januar 2009 wurde eine Einschränkung der aktiven Schultergelenkbeweglichkeit links festgestellt. Es bestehe eine klare Klinik im Bereich des AC-Gelenkes und der proximalen Bicepssehne. Unter der Physiotherapie sei es zu einer Beschwerdelinderung gekommen. Sollte es bis zur nächsten Kontrolle nicht zu einer wesentlichen Besserung kommen, sei eine Schulterarthroskopie mit Bicepssehnenentomie/Tenodese und lateraler Clavicularesektion in Erwägung zu ziehen (vgl. Bericht des B. vom 7. Januar 2009).

5.4 Am

20. Januar 2009 wurde der Versicherte kreisärztlich untersucht. Dr. med. F. , Facharzt für Allgemeinmedizin, diagnostizierte ein chronifiziertes Zervikalsyndrom nach relativ leichter Traumatisierung, unklare, eventuell funktionelle Gleichgewichtsbeschwerden im Rahmen desselben Traumas, eine unklare schmerzhaft funktionelle Einbusse der linken Schulter und diffuse laterale Restbeschwerden im rechten Knie nach Knorpeltoilette. 5.5 Zur Abklärung der Gleichgewichtsstörungen wurde der Versicherte an das G. verwiesen. Am 5. März 2009 fanden Untersuchungen inkl. Hörtest statt. In der G. fand eine fachärztliche Untersuchung bezüglich des Schwindels statt. Diagnostiziert wurde eine periphere Vestibulopathie, ein Verdacht auf zentrale Vestibulopathie und ein Tinnitus auris rechts. Die Untersuchungen ergaben eine Otolithenfunktionsstörung rechts, welche die Drehschwindelbeschwerden bei Bewegung erklärten. Die Gleichgewichtsanalyse sei leicht pathologisch und passe zu einer schleudertraumabedingten Gleichgewichtsstörung. Es liege somit eine periphere vestibuläre Funktionsstörung und wahrscheinlich eine zentrale vestibuläre Störung vor. Eine neurologische Abklärung mit MRT des Schädels mit Überprüfung einer Hirnstammläsion sei zu empfehlen. Zur Verbesserung des Gleichgewichts sei Physiotherapie mit Gleichgewichtstraining angezeigt. Sturzgefährdende Arbeiten sollten vermieden werden (vgl. Bericht vom 27. Mai 2009). 5.6 Da die Schulterbeschwerden links persistierten, wünschte der Versicherte anlässlich der Verlaufskontrolle am 30. März 2009 im B. eine operative Versorgung (vgl. Bericht vom 30. März 2009). Am 11. Mai 2009 wurden eine arthroskopische Tenotomie/Tenodese der langen Bicepssehne und eine laterale Clavicularesektion der linken Schulter durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 18. Mai 2009 sowie Bericht vom 14. Mai 2009 des B. ). Am 6. Juli 2009 wurde berichtet, dass nur eine langsame Besserung der Schulterbeschwerden erfolge. Postoperativ habe sich eine mässiggradige Frozen shoulder ausgebildet. Hier sollte weiter therapiert werden (vgl. Bericht vom 6. Juli 2009). 5.7 Die empfohlene neurologische Untersuchung mit MRT des Schädels fand am 21. August 2009 in der G. statt. Diagnostiziert wurden rezidivierende lageabhängige Schwindelepisoden unklarer Aetiologie sowie ein zervikozephal Schmerzsyndrom. Die vom Versicherten beklagte lageabhängige Schwindelsymptomatik sei nicht sicher zuzuordnen. Die klinischneurologische Untersuchung sei aufgrund eines Schwindelgefühls mit Übelkeit nur eingeschränkt durchführbar gewesen. Gemäss HNO-Beurteilung vom 28. Februar 2009 bestehe jedoch eine Otolithenfunktionsstörung rechts, welche die Drehschwindelepisoden erklären könne. Klinisch fänden sich keine Hinweise für eine zentrale vestibuläre Störung. Ergänzend sei eine MRT-Untersuchung des Neurokraniums vorgesehen. Weiter bestehe ein zervikozephal Schmerzsyndrom mit einer Kopfschmerzsymptomatik vom Spannungstyp. Bei aktuell über 20 Kopfschmerztagen sowie über 20 Analgetika-Einnahmetage pro Monat bestehe zudem der Verdacht auf einen "Medikamentenübergebrauchskopfschmerz". Gemäss anamnestischen Angaben habe bisher keine stationäre Rehabilitation zur Behandlung der Schmerzsymptomatik bzw. der Schwindelepisoden stattgefunden. Dies wäre bei fehlender Besserung in Erwägung zu ziehen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sowie der Kausalität zum Unfallereignis sei eine interdisziplinäre Begutachtung zu empfehlen (vgl. Bericht vom 31. August 2009) 5.8 Am 26. Oktober 2009 erfolgte eine MRT des Neurocraniums im H. . Dr. med. I. , FMH Radiologie, stellte eine normale Darstellung des Neurocraniums und somit keine Traumafolgen fest. 5.9 Nach einer weiteren Konsultation am 9. November 2009 in der B. wurde eine Exazerbation der Schmerzsituation festgehalten. Zur Erarbeitung eines multimodalen Schmerztherapie-Konzeptes wurde der Versicherte an die J. verwiesen (vgl. Bericht vom 9. November 2009). 5.10 Dr. F. untersuchte den Versicherten am 8. Dezember

2009. Gemäss seinem am gleichen Tag erstellten Bericht führte er als Diagnosen eine kombinierte periphere und zentrale vestibuläre Funktionsstörung nach relativ leichtem HWS-Trauma, zervikogene Kopfschmerzen im Rahmen des Traumas, ein wahrscheinlich persistierendes Zervikalsyndrom, eine regrediente Schultersteife links sowie chronifizierte laterale Kniebeschwerden rechts auf. Die Beschwerden seien weiterhin ziemlich vordergründig, jedoch ohne konsistenten Befund. Der Brechreiz wirke wiederum etwas forciert, er erlaube keine eingehende Untersuchung des Achsenorgans. Der linken Schulter gehe es wesentlich besser, die Schonungszeichen hielten sich in Grenzen. Für die Kniebeschwerden rechts fände sich kein Substrat. In der Hoffnung, dass die aktuelle Chronifizierung durchbrochen werden könne, sei man mit einer Überweisung an die J. einverstanden. Unfallfolgen lägen nur im Bereich des Gleichgewichtsapparates und der linken Schulter vor. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. 5.11. Gemäss Austrittsbericht der J. vom 26. Februar 2010, wo der Versicherte vom 18. Januar 2010 bis 6. Februar 2010 weilte, wurden ein progredientes chronisches Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion, eine periphere Vestibulopathie bei Otolitenfunktionsstörung rechts postraumatisch, chronische Schulterschmerzen links, chronische Knieschmerzen rechts sowie ein Verdacht auf Hämochromatose festgestellt. Weitere HNO-Abklärungen und Therapien wurden empfohlen. 5.12. Der Versicherte war zur weiteren Abklärung in der neurologischen Sprechstunde im G. am 25. März 2010. In neurologischer Hinsicht wurde ein Schwindel unklarer Ätiologie diagnostiziert. In der Vestibularisprüfung konnte keine periphere vestibuläre Funktionsstörung nachgewiesen werden. Vielmehr sei anzunehmen, dass der Versicherte durch die immer wiederkehrende Angst, dass eine neue Episode von Würgereiz und Schwindelgefühl auftreten könnte, in seinem Bewegungsumfang derart stark eingeschränkt sei, dass keine Besserung der Beschwerden möglich sei. Zu diskutieren sei eine probatorische anxiolytische Therapie (vgl. Bericht vom 30. April 2010). Mit Kurzbericht vom 20. Juli 2010 führte Dr. med. K., FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, aus, dass der Versicherte am 31. Mai 2010 anlässlich der Konsultation einen akuten Schwindelanfall mit Erbrechen gehabt habe. Wegen der Nackenbeschwerden sei eine lokale Infiltration im Sinne einer Occipitalnervenblockade durchgeführt und ein Titan-Tape appliziert worden. Der Versicherte sei weiterhin 100% arbeitsunfähig. 5.13 Anlässlich einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung am 31. August 2010 führte Dr. F. als Diagnosen einen Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung in Form funktioneller vegetativer Beschwerden nach peripherer und zentraler vestibulärer Funktionsstörung nach relativ leichtem HWS-Trauma und eine residuelle Schultersteife links nach Traumatisierung und Arthroskopie an. Die Beschwerden im Bereich des Gleichgewichtes und Vegetativums persistierten nahezu unverändert. Aufgrund der Gesamtsituation ergebe sich jetzt der Verdacht auf eine somatoforme Problematik. Die Abklärungen gingen auf der psychiatrischen Ebene weiter, nachdem ein organischer Befund im Gleichgewichtssystem unwahrscheinlich geworden sei. Am rechten Knie und an der linken Schulter zeichneten sich keine erheblichen Restfolgen ab. Der aktuelle Befund erlaube eine ganztägige leichte Büroarbeit, das heisse ohne Beanspruchung des Bewegungsapparates oder der Gleichgewichtsorgane mit einer zweistündigen Mittagspause. Der Versicherte sehe das auch so. 5.14 Gemäss psychiatrischer Beurteilung von med. pract. L., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Oktober 2010 liege bisher kein fachärztlich-psychiatrischer Bericht mit einer validierten Diagnose gemäss ICD-10 vor. Es fänden sich keine Hinweise auf deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren. In der neuropsychologischen Untersuchung werde über negative Antwortverzerrungen im Sinne

einer Selbstlimitierung berichtet. Das Ereignis selbst (Auffahrunfall mit einem Delta-V von 10 bis 15 km/h) erkläre eine allfällige psychiatrische Symptomatik nicht. So sei es möglich, dass die Beschwerden (Schmerzen, Schwindel) zum Beispiel im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit dem Unfall selbst in (teil-)kausalem Zusammenhang ständen. Dies sei aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.15 Es folgte ein weiterer Bericht der J. vom 21. Oktober 2010 mit den Diagnosen chronisches Post-HWS-Distorsionssyndrom, Schwindel unklarer Ätiologie und chronische Periarthropathia humeroscapularis links, chronische Periarthropathia genu rechts, Verdacht auf Hämochromatose sowie grenzwertiger Diabetes mellitus Typ 2. Im Heilverlauf spielten als unfallfremde Faktoren eine depressive Entwicklung und ein sozialer Rückzug mit. Zudem beständen Ängste, dass die eigene Firma zugrunde gehe bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit. Neu seien arthrotisch bedingte Schmerzen in den Händen und ein Diabetes mellitus bei Adipositas und Bewegungsmangel. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 50% seit dem 12. Oktober 2010 im eigenen Betrieb. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte längerfristig Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel und rezidivierende Übelkeit haben werde. Die Belastbarkeit sei deutlich herabgesetzt. Er werde längerfristig bei der Arbeit öfters Pausen einlegen müssen. Mit Bericht vom 8. November 2010 stellte Dr. med. M., FMH Neurologie, fest, dass es sich beim Kopfschmerz um einen chronischen Kopfschmerz nach HWS-Distorsion handle.

5.16 Da sämtliche ambulanten Behandlungsversuche zu keiner anhaltenden Besserung führten, schlug Dr. K. einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt in der N. vor. Die SUVA leistete dafür keine Kostengutsprache (vgl. Schreiben der J. vom 23. November 2010 und der N. vom 19. Januar 2011). Vielmehr stellte die die Leistungen am 25. Februar 2011 per 20. März 2011 ein.

5.17 Das seitens der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten datiert vom 25. August 2011. Der Versicherte wurde in psychiatrischer, orthopädischer, neurologischer und internistischer Hinsicht am 20. und 21. Juni 2011 untersucht. Die Gutachter diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische intermittierende Knieschmerzen rechts und eine beginnende Rhizarthrose rechts. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine Schmerzverarbeitungsstörung, ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom, funktionelle Schwindelbeschwerden mit Brechreiz, ein beginnendes metabolisches Syndrom, ein Status nach Arthroskopie sowie ein Status nach Marknagel-Osteosynthese einer Unterschenkelfraktur rechts etwa 1998. In der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer und Servicetechniker bestehe möglicherweise aus orthopädischer Sicht eine Einschränkung. Zur genauen Beurteilung dieser sei ein Belastungsprofil vor Ort zu erstellen. Aus psychiatrischer Sicht könnten die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichten Ausmasses, sowie einer Schmerzverarbeitungsstörung gestellt werden, die ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien. Die aus neurologischer und internistischer Sicht gestellten Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Spätestens seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 31. August 2010 seien dem Versicherten körperlich adaptierte Verweistätigkeiten uneingeschränkt zumutbar. Bezüglich solcher Verweistätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 20 kg nur ausnahmsweise überschritten werde, und keine repetitiven Zwangshaltungen des rechten Knies vorkämen, eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Insgesamt müsse festgehalten werden, dass ein gewisser Gegensatz zwischen der Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit durch den

Exploranden und der medizinischen Beurteilung vorliege, wonach zumindest in adaptierten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. In Bezug auf medizinische Massnahmen sei auf psychiatrischer Ebene eine fachärztliche Behandlung mit der Gabe entsprechender Medikamente bei Vorliegen einer leichten Depression empfehlenswert. Auf neurologischer Ebene könnten weitere Abklärungen in Bezug auf ein allenfalls vorliegendes Schlafapnoe-Syndrom sinnvoll sein, wenngleich diese Symptomatik derzeit nicht im Vordergrund zu stehen scheine. Auf internistischer Ebene stehe eine relevante Reduktion des Körpergewichts im Vordergrund. Auf orthopädischer Ebene sollten die bezüglich der Kopf-Nackenproblematik nach wie vor applizierten Massnahmen sehr kritisch hinterfragt und sinnvollerweise sistiert werden.

6.1 Nach Darlegung der medizinischen Situation stellt sich die Frage, ob die SUVA zurecht die Leistungen eingestellt hat. Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, dass der Fallabschluss verfrüht vorgenommen worden sei. Aus dem Gutachten gehe hervor, dass weitere medizinische Massnahmen bezüglich Schlafapnoe-Syndrom und der psychischen Beschwerden angezeigt seien. Nicht in den Griff zu bekommen seien bis jetzt die Schwindel- und Brechreizanfälle. Diese bedürften ebenfalls der weiteren Behandlung, weshalb weitere Taggelder auszurichten und die Behandlungskosten zu übernehmen seien.

6.2. In Bezug auf die Schulterbeschwerden wurde am 11. Mai 2009 eine arthroskopische Operation durchgeführt. Postoperativ entwickelte sich eine mässiggradige Frozen shoulder, welche aber erfolgreich therapiert wurde. So berichtete Dr. F. am 8. Dezember 2009 von einer regredienten und am 31. August 2010 von einer residuellen Schultersteife. Es zeichneten sich keine erheblichen Restfolgen ab. Der aktuelle Befund erlaube eine ganztägige leichte Bürotätigkeit. Zwar bestand nach Bericht der J. vom 21. Oktober 2010 noch eine gewisse Schmerzhaftigkeit, weitere Behandlungsmassnahmen wurden aber nicht empfohlen. Der orthopädische Gutachter bestätigte, dass die Schulterfunktion absolut symmetrisch sei und die Behandlung von orthopädischer Seite habe eingestellt werden können. Der Versicherte berichte auch nicht über wesentliche Beschwerden im Alltagsleben. Folglich kann bezüglich der Schulterbeschwerden ohne weiteres von einem Endzustand ausgegangen werden. Hinsichtlich der Kopf-, Nacken- und Schwindelbeschwerden mit Brechreiz ist gleich zu entscheiden. Die am 5. März 2009 im G. diagnostizierte periphere vestibuläre Funktionsstörung wurde anlässlich der Verlaufskontrolle vom 25. März 2010 nicht mehr bestätigt. Das am 26. Oktober 2009 durchgeführte MRT des Neurocraniums war unauffällig. Zur Behandlung der persistierenden Beschwerden erfolgten Aufenthalte in der J. . Die durchgeführten Therapien brachten jedoch nur kurzzeitige Besserung. Dr. F. erklärte anlässlich seiner Untersuchung vom 31. August 2010, es bestehe aufgrund der Gesamtsituation der Verdacht, dass eine somatoforme Problematik vorliege. Der aktuelle Befund erlaube auch bezüglich dieser Beschwerden eine ganztägige leichte Büroarbeit, ohne Beanspruchung der Gleichgewichtsorgane und mit einer zweistündigen Mittagspause. Schliesslich führte Dr. K. in seinem Bericht vom 23. November 2010 an, dass sämtliche ambulanten Behandlungsversuche (Analgetika, Physiotherapie, Akupunktur PMR und Infiltrationen) zu keiner anhaltenden Verbesserung geführt hätten. Die ABI-Gutachter erklärten sodann mit Gutachten vom 25. August 2011, dass der Endzustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens mit der kreisärztlichen Untersuchung von Dr. F. per 31. August 2010 eingetreten sei und aus neurologischer, psychiatrischer und internistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könnten. Aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 20 kg nur ausnahmsweise überschritten werde und keine

repetitiven Zwangshaltungen des rechten Knies vorkämen, ebenfalls eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Im Bereich der HWS und des Kopfes zeige die klinische Untersuchung lediglich ein leichtgradiges tendomyopathisches Schmerzsyndrom, wobei die anamnestischen Angaben hinsichtlich Kopfschmerzen zu einem chronischen Spannungskopfschmerz passen würden. Die vom Versicherten beschriebenen neurokognitiven Störungen seien schwierig nachvollziehbar. Wahrscheinlich handle es sich um eine Begleitsymptomatik im Rahmen des chronischen Schmerzzustandes. Hinweise für eine posttraumatische hirnorganische Störung als Ursache hätten sich keine ergeben. Aus neurologischer Sicht könnten mit objektivierbaren Befunden keine Diagnosen begründet werden, welche die vom Versicherten angegebene hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären würden, auch wenn ein gewisser Leidensdruck auf subjektiver Ebene in Anbetracht seiner Angaben nachvollziehbar sei. Auf sämtliche durchgeführten Therapiemassnahmen habe der Versicherte nicht angesprochen und eine anhaltende Besserung habe er bislang nicht verspürt. Bezüglich der Kopf- Nackenproblematik seien aus orthopädischer Sicht keine weiteren Therapiemassnahmen notwendig. Vielmehr sei davon auszugehen, dass sie sich insgesamt eher kontraproduktiv auswirkten. Auch aus neurologischer Sicht wurden keine weiteren Therapiemassnahmen für die Schwindel-, Kopf- und Nackenbeschwerden empfohlen. Einzig eine Abklärung im Schlaflabor bei Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom wurde - wie der Beschwerdeführer geltend machte - vorgeschlagen. Dabei handelt es sich jedoch nach Ausführungen der Gutachter um eine Erkrankung, die sich gut behandeln lasse und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Folglich kann von dieser Massnahme nicht eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erwartet werden. Desgleichen kann auch nicht bezüglich der empfohlenen psychiatrischen Behandlung und Medikamentenabgabe von einer zu erwartenden namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes gesprochen werden, da die rezidivierende depressive Störung leichten Ausmasses ist und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. 6.3 Demnach ergibt sich, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den von der SUVA per 20. März 2011 verfügten Heilbehandlungsabschluss hinaus keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war. Die in der Folge des Unfalles geklagten Beeinträchtigungen (wie insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Brechreiz) sind umfassend und eingehend fachärztlich abgeklärt worden und wurden zuletzt nochmals einlässlich von den Fachärzten exploriert. Von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen sind keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens verzichtet werden kann. Der Fallabschluss per 20. März 2011 ist folglich zurecht erfolgt. 7.1 Zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer auch nach dem 20. März 2011 anhaltend geklagten Gesundheitsstörungen in einem natürlichen und adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. April 2008 stehen. Wie bereits in Ziffer 3.2 erwähnt, verzichtete die SUVA auf eine eingehende Beurteilung der natürlichen Kausalität zwischen den persistierenden Beschwerden und dem Unfall. Jene ergibt sich jedoch ohne weiteres aus den ärztlichen Berichten. 7.2 Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz 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. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei

ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109, E. 2.1 mit Hinweisen).

7.3 Die organisch objektiv ausgewiesene Schulterverletzung ist gemäss den ärztlichen Berichten und den Ausführungen des Beschwerdeführers soweit abgeheilt, bleibende Schäden sind nicht zu erwarten. Die Gutachter gehen auch in Bezug auf die organisch nicht erklärbaren Kopf-, Nacken- und Schwindelbeschwerden mit Brechreiz davon aus, dass diese die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht beeinflussen. Der Beschwerdeführer ist dagegen der Auffassung, dass er kein volles Arbeitspensum mehr leisten könne. Die Gutachter führen zu dieser Diskrepanz aus, dass der Versicherte davon ausgehe, sich körperlich vollständig gesund und immer motiviert fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren dürfe, um vollzeitlich einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können. Die im Rahmen einer Begutachtung festgelegte zumutbare Arbeitsfähigkeit stütze sich dagegen im Wesentlichen auf medizinisch möglichst objektivierbare Befunde und unter Ausnützung sämtlicher Ressourcen ab. Im Weiteren beständen bei Schmerzverarbeitungsstörungen immer deutlich höhere Selbstlimitierungen, als es sich aus medizinischer Sicht, insbesondere im Sinne der aus psychiatrischer Perspektive zumutbaren Willensanstrengung begründen lasse. Bei einer attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit einer Adäquanzprüfung, insbesondere da auch kein Integritätsschaden vorliegt. Da jedoch bei gegebener Adäquanz ein Einkommensvergleich durchzuführen wäre, woraus eine lohnmässige Einbusse und damit ein Invaliditätsgrad resultieren könnte, kann darauf nicht verzichtet werden. Die Adäquanzprüfung ist vorliegend nach der Schleudertraumapraxis vorzunehmen.

8.1 Der Versicherte macht geltend, dass die Adäquanzkriterien, ohne gesetzliche Grundlage eingeführt worden seien und Menschen mit nichtobjektivierbaren Gesundheitsschäden benachteiligen würden. Dies stelle eine Verletzung von Art. 14 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950 dar. Der sachlich ungerechtfertigte Entzug von Sozialversicherungsleistungen - trotz ausgewiesener Unfallfolgen - stelle zudem eine Verletzung des Privat- und Familienlebens gemäss Art. 8 EMRK dar.

8.2 Das Bundesgericht hat sich bereits verschiedentlich mit diesbezüglichen Einwänden auseinandergesetzt. Es hat erkannt, dass das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung eine genügende gesetzliche Grundlage aufweise und die besagten EMRK-Bestimmungen nicht verletze (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2012, 8C\_754/2011, E. 4 mit zahlreichen Hinweisen). Es besteht kein Anlass, von dieser Rechtsprechung abzuweichen.

9. Nach der Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis für die geltend gemachte 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 (BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei

Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. 10.1 Die Schwere des Unfalles ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 3.1). Dabei werden einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug in der Regel als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Februar 2013, 8C\_629/2012; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04 E. 5.1.2). Vorliegend handelt es sich um ein solches Ereignis. Der Beschwerdeführer musste als Lenker eines Citroen vor einem Fussgängerstreifen anhalten. Der hinter ihm fahrende Personenwagenlenker konnte nicht rechtzeitig bremsen und es kam zu einem Auffahrunfall. Die Unfalladäquanz des Beschwerdebildes kann somit nur bejaht werden, wenn vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2013, 8C\_729/2012, E. 7.2; BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5 [8C\_897/2009]). Die Kriterien sind: 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. 10.2 Unbestritten ist, dass das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände bzw. der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls und dasjenige der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, vorliegend nicht gegeben sind. 10.3 Auch das Kriterium Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung kann nicht als erfüllt gelten, genügt doch die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Solche liegen hier aber ebenso wenig vor wie erhebliche Verletzungen, welche sich der Versicherte nebst der HWS-Distorsion zusätzlich zugezogen hätte. Bei der Schulterkontusion links, welche der Versicherte beim Unfall erlitten hat, handelt es sich nicht um eine erhebliche Verletzung. 10.4 Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung musste der Beschwerdeführer nicht über sich ergehen lassen. Die Beschwerden des Versicherten wurden mehrfach fachärztlich abgeklärt. Weder diese Abklärungen noch die weiteren, teilweise in der Schmerzklinik durchgeführten ambulanten Therapien (Analgetika, Physiotherapie, Akupunktur, PMR, Infiltrationen) sind als belastend anzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2012, 8C\_150/2011, E. 9.2.4). 10.5 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger oder verschiedener Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2011, 8C\_948/2010, E. 5.3.5 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall kann aufgrund der medizinischen Berichte von einem verzögerten

Heilungsverlauf gesprochen werden, jedoch nicht von einem schwierigen. Die Ursachen für die Schwindelbeschwerden mit Brechreiz wurden über eine längere Zeit - auch in der Schmerzklinik - abgeklärt. Eine erhebliche Komplikation stellen sie im Rahmen des Beschwerdekatalogs einer HWS-Verletzung jedoch nicht dar. 10.6 Einzig fraglich bleibt, ob allenfalls die Kriterien erhebliche Beschwerden und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als erfüllt betrachtet werden können. Der Versicherte war nach dem Unfall längere Zeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus den Akten geht hervor, dass er im Rahmen des ihm nach der Schadenminderungspflicht Zumutbaren ernsthafte Anstrengungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unternommen hat. Dem Gutachten ist jedoch auch zu entnehmen, dass der Versicherte seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 31. August 2010 für leichte Tätigkeiten 100% arbeitsfähig ist. Hinsichtlich der erheblichen Beschwerden berichtet der Beschwerdeführer glaubhaft über Kopf- und Schwindelbeschwerden mit Brechreiz, die ihn im Alltag einschränken. Die Frage nach der Erfüllung dieser beiden Kriterien muss indessen nicht abschliessend geklärt werden, denn selbst wenn dem Versicherten erhebliche Beschwerden und eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zugebilligt werden könnten, wären lediglich zwei der relevanten Kriterien - und dies nicht in ausgeprägtem Masse - erfüllt, was für eine Bejahung der adäquaten Unfallkausalität bei einem mittelschweren Unfall im Bereich zu den leichten Unfällen nicht genügt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. 11. Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die ausserordentlichen Kosten 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.

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