

BL_GERICHTE 725 2014 350 / 137 vom 12. Juli 2010

BL Gerichte, 2010-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2014_350_137

FR: BL_GERICHTE 725 2014 350 / 137 du 12 juillet 2010

IT: BL_GERICHTE 725 2014 350 / 137 del 12 luglio 2010

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X., weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 3. November 2014 ist einzutreten.

E. 2

In ihrer Verfügung vom 2. Dezember 2013, welche sie mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Oktober 2014 bestätigte, stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2013 ein. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

E. 3

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG 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. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen 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).

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt als erstes voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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 ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 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). 5.2 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Als objektivierbar gelten Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, welches eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann deshalb von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen / bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (für viele: Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 ff. mit Hinweisen). 5.3 Im Entscheid 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht einlässlich mit der Thematik befasst, in welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vornehmen dürfe. Dabei hat es deutlich gemacht, dass nicht danach zu fragen sei, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden dürfe, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen habe (BGE 134 V 113 E. 3.2). Dies habe, so das Bundesgericht weiter, gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG in dem Zeitpunkt zu geschehen, in welchem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien (BGE 134 V 113 ff. E. 4). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen sei, umschreibe das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei (vgl. etwa Art. 1a und Art. 4 UVG), werde sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den

Gesetzgeber verdeutliche dabei, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen genügten nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen). 5.4 Das Kantonsgericht stellte bereits in seinem Urteil vom 24. Februar 2011 fest, es sei aufgrund der medizinischen Akten anzunehmen, dass weitere Therapieverfahren zwar keine Besserung des somatischen Gesundheitszustandes bewirken würden. Demgegenüber bestünde aber überwiegend wahrscheinlich Potential für eine namhafte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit. In der Folge nahm die SUVA weitere Abklärungen vor und holte einen Bericht vom Konsiliarpsychiater Dr. med. D. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Am 6. November 2013 hielt dieser fest, dass von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Insgesamt erweist sich der Bericht von Dr. D. vom 6. November 2013 als überzeugende Entscheidungsgrundlage. Nach dem vorstehend Gesagten ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss gestützt auf diese Einschätzung von Dr. D. per 2. Dezember 2013 vorgenommen und im Hinblick auf allfällige Ansprüche auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung auf diesen Zeitpunkt hin geprüft hat, ob die beim Versicherten noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. Mai 2009 stehen. Der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachtete Zeitpunkt des Fallabschlusses wird denn auch vom Versicherten in der vorliegenden Beschwerde zu Recht nicht in Frage gestellt.

E. 6

Mit Urteil vom 24. Februar 2011 stellte das Kantonsgericht in den Erwägungen 4.2 f. fest, dass beim Versicherten keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen, sondern ausschliesslich organisch nicht (hinreichend) nachweisbare Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen würden. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass der Unfall vom 14. Mai 2009 zumindest eine Teilursache für die weiterhin persistierenden Beschwerden des Versicherten bildet. Somit kann der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzte natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den anhaltenden Beschwerden des Versicherten – mit den Parteien – bejaht werden. 7.1 Liegen wie im hier zu beurteilenden Fall keine organisch (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen) wie folgt zu differenzieren: Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vgl. BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten (vgl. die nachfolgende E. 7) Grundsätze zu prüfen. Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung psychischer Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen

verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), währenddem bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa). Als Ausnahme von diesen Regeln greift allerdings die auf die objektiven, physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hierfür typischen Beschwerdebild (vgl. dazu BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 382 E. 4b) gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer vorhandenen, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen).

7.2. Wie den Akten entnommen werden kann, zog sich der Beschwerdeführer anlässlich des Auffahrunfalls vom 14. Mai 2009 eine HWS-Distorsion mit vegetativen Symptomen zu (vgl. Bericht von Dr. C. , vom 5. Juni 2009). In der Folge klagte der Versicherte über über Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, Tinnitus und Übelkeit (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 19. September 2009 und Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen vom 29. Juli 2009). Somit ist dokumentiert – und zwischen den Parteien zu Recht auch unbestritten –, dass beim Versicherten nach dem Unfall eine Symptomatik vorlag, die dem sog. bunten Beschwerdebild einer HWS-Distorsion entspricht. Die Adäquanzprüfung hat deshalb nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. dargelegten, mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten (vgl. die nachfolgende E. 8.2) Grundsätze zu erfolgen.

8.1 Im bereits mehrfach erwähnten BGE 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht ausführlich mit der bisherigen Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (so genannte Schleudertrauma-Praxis nach BGE 117 V 359 ff.) befasst. Dabei hat es entschieden, dass am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten sei (E. 7-9). Auch bestehe keine Veranlassung, die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung zu ändern (E. 10.1). Demnach ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall nach wie vor zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – 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 weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (E. 10.1 mit Hinweisen).

8.2 Im Übrigen hat das Bundesgericht jedoch die bisherige

Schleudertrauma-Praxis im genannten Urteil BGE 134 V 109 ff. in mehrfacher Hinsicht präzisiert. So hat es die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, erhöht (E. 9) und die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert (E. 10.2 und 10.3). Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn nach dem Unfall fortgesetzt spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen war (E. 10.2.3). Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt, dass diese erheblich sind, was auf Grund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist (E. 10.2.4). Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" schliesslich ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt (E. 10.2.7). Zusammenfassend hat das Bundesgericht den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 367 E. 6a, 383 E. 4b) in BGE 134 V 109 wie folgt neu gefasst (E. 10.3): - 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.

9.1 Im Rahmen der erforderlichen besonderen Adäquanzprüfung ist als erstes auf die Frage der Unfallschwere einzugehen. Massgebend für deren Beurteilung ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Kranken- und Unfallversicherung -Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1999 Nr. U 335 S. 207 E. bb), nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die – ein eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für – unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende – äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungsresp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht. Dieser Grundsatz gilt sowohl in Bezug auf die Adäquanzbeurteilung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 8 S. 27 E. 5.3.1) als auch bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C_536/2007, E. 6.1).

9.2 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung werden Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2). Die Beschwerdegegnerin ist der Auffassung, dass das Unfallereignis vom 14. Mai 2009 aufgrund der objektiven Gegebenheiten diesem Bereich zuzuordnen sei. Die Beschwerdeführerin geht von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne aus. Fest steht, dass das Ereignis weder den leichten Unfällen noch den schweren Unfällen oder dem Grenzbereich zu diesen zuzurechnen ist. Demnach sind weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen, von denen für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sein müssten (BGE 134 V 109 E. 10.1). Gehäuft im

genannten Sinne liegen die Kriterien bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen, wie ihn die Vorinstanz angenommen hat, vor, wenn deren vier erfüllt sind. Bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn, wie ihn die Versicherte postuliert, genügen dafür drei Kriterien (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100, 8C_897/2009 E. 4.5). Wie es sich diesbezüglich verhält, braucht an dieser Stelle nicht abschliessend geklärt zu werden, da sich die Beantwortung dieser Frage auf das Ergebnis der Adäquanzprüfung nicht auswirkt, wie die nachstehenden Ausführungen aufzeigen: 10.1 Zwischen den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass die drei Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles, der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen und der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, vorliegend nicht erfüllt sind. 10.2. Im Zusammenhang mit dem Kriterium der erheblichen Beschwerden ist vorab festzuhalten, dass nur diejenigen erheblichen Beschwerden adäquanzrelevant sein können, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach Massgabe der glaubhaften Schmerzen und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen werden in quantitativer wie qualitativer Hinsicht durch die wesentlichen Berichte – zu nennen sind namentlich die Berichte von Dr. C. vom 19. November 2012, der Psychologin lic. phil. E. vom 18. Juni 2012 und Dr. D. vom 6. November 2013 – bestätigt. Der Beschwerdeführer leidet an persistierenden Kopfschmerzen und Schmerzen an der linken Schulter, die über den Oberarm ziehend bis in die Hand ausstrahlen. Die Funktion der linken Hand ist im Alltag gestört. Ausser den Kopfschmerzen bestehen eine vermehrte Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Schwindel und eine Überempfindlichkeit auf Lärm sowie chronische Schlafstörungen. Die durchgeführte psychotherapeutische Behandlung bei lic. phil. E. ist gemäss Bericht von Dr. D. vom 6. November 2013 mittlerweile abgeschlossen. Die Beschwerden seien zwar etwa gleich geblieben, der Umgang des Patienten damit habe sich aber verbessert. Trotz dieser vielfältigen Beeinträchtigungen erachtet die Beschwerdegegnerin das Kriterium der erheblichen Beschwerden nicht als gegeben. Sie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der gesundheitliche Zustand seit dem Austritt aus der Rehaklinik Y. anfangs März 2010 wieder eine Haushaltsführung mit Einkaufen, Kochen und gewissen Gartenarbeiten zulassen würde, der Beschwerdeführer seinen Analgetikakonsum deutlich reduzieren konnte und keine weiteren ärztlichen Behandlungen mehr benötige. Dieser Betrachtungsweise der Beschwerdegegnerin kann nicht gefolgt werden. Auf Grund der medizinischen Aktenlage und der vom Versicherten glaubhaft geschilderten Beschwerden ist vielmehr davon auszugehen, dass der Alltag des Versicherten durch die geschilderte Beschwerden seit Jahren insgesamt doch beträchtlich eingeschränkt ist, so dass das Kriterium der erheblichen Dauerbeschwerden als erfüllt angesehen werden kann. Das Kriterium liegt jedoch nicht besonders ausgeprägt vor. 10.3 Beim Kriterium der "erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen" ist nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen

der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 129 E. 10.2.7 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 7.7.1 mit Hinweis). Zunächst ist festzustellen, dass – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, wonach seit dem Unfallereignis vom 14. Mai 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll – beim Beschwerdeführer gemäss Bericht von Dr. F. vom 3. Juni 2010 ab 1. April 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestand. Weiter ist aktenkundig, dass sich der Beschwerdeführer im Umfang von 50% bei der Arbeitslosenversicherung anmeldete, worauf diese ab 1. April 2010 die zweijährige Rahmenfrist für den Leistungsbezug eröffnete. Gemäss Unfallschein UVG wurde beim Versicherten ab 29. Juni 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 75% und ab 24. Juli 2010 wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Abgesehen davon, dass sich der Beschwerdeführer auf eine Stelle als Möbelverkäufer bewarb und im Rahmen der von der Invalidenversicherung durchgeführten Arbeitsvermittlung zwei Arbeitsversuche unternahm (vgl. Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 3. November 2010), ist darüber hinaus nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer besondere Anstrengungen unternahm, um sich raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Zwar ist der Einsatz des Beschwerdeführers anerkennenswert, was denn auch rechtfertigt, das Kriterium grundsätzlich zu bejahen. Die gemachten Anstrengungen resp. Arbeitsbemühungen liegen aber nicht dermassen über dem üblicherweise zu erwartenden Mass, dass das Kriterium deswegen besonders ausgeprägt erfüllt wäre. 10.4 Im Zusammenhang mit dem Kriterium der ärztlichen Behandlung ist entscheidungswesentlich, ob nach dem Unfall bis zum Fallabschluss eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende Behandlung notwendig war (BGE 134 V 128 E. 10.2.3). In diesem Zusammenhang ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach Abklärungsmassnahmen im Hinblick auf therapeutische und versicherungsrechtliche Fragen sowie blossen ärztlichen (Verlaufs-) Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt, weshalb sie in diesem Rahmen nicht zu berücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.3.1). Der Beschwerdeführer hat seit dem Unfall eine Vielzahl therapeutischer Massnahmen absolviert. Dabei handelte es sich allerdings vor allem um Physiotherapien und alternativmedizinische Therapien, die nach bundesgerichtlicher Praxis nicht als erheblich belastend taxiert werden. Zudem hat der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung durch lic. phil. E. in Anspruch genommen. Würdigt man den Umfang und die Dauer der ärztlichen Behandlung, so erscheint der therapeutische Aufwand insgesamt zwar als beachtlich, vor allem weil die Therapien bis zum Fallabschluss über mehrere Jahre durchgeführt worden sind. Die Intensität der Therapien liegt letztlich aber nicht über dem Durchschnitt der bei HWS-Fällen anfallenden Behandlungen. Insgesamt ist daher das Kriterium der fortgesetzt belastenden ärztlichen Behandlung zu verneinen. 10.5 Dass keine durchgehende Beschwerdefreiheit erreicht wurde, genügt nicht für das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen. Es bedürfte hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile 8C_29/2010 E. 5.3.2 und 8C_283/2009 E.

9.2.4, je mit Hinweis). Solche Gründe liegen hier nicht vor. Das Kriterium ist daher nicht gegeben, schon gar nicht in besonders ausgeprägter Weise. 10.6 Im Ergebnis können vorliegend somit zwei der sieben Adäquanzkriterien als erfüllt betrachtet werden, wobei diese jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise vorliegen. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 14. Mai 2009 und den über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Dezember 2013) hinaus vorhandenen Beschwerden des Versicherten ist demnach zu verneinen.

E. 11

Zusammenfassend ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, dem Versicherten im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. Mai 2009 über den 31. Dezember 2013 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid 13. Oktober 2014 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 12

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