

NW_GERICHTE 30769 vom 6. September 2022

NW Gerichte, 2022-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_30769

FR: NW_GERICHTE 30769 du 6 septembre 2022

IT: NW_GERICHTE 30769 del 6 settembre 2022

Regeste

Unfallversicherung; Rente (SV 22 13)

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2022. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG (SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen diesen Entscheid Beschwerde beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz in Stans, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig für die Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts, welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 GerG i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat des angefochtenen Entscheides berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG).

E. 2.1

Die SUVA schloss in ihrem Einspracheentscheid vom 2. März 2022 zusammengefasst, es sei davon auszugehen, dass der Versicherte ein Schleudertraum, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten habe und die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen zumindest teilweise vorhanden bzw. gewesen seien. Laut den medizinischen Berichten der versicherungsinternen Ärzte würden keine objektivierbaren Folgen im Sinne struktureller Veränderungen vorliegen, sondern höchstens sogenannte organisch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden. Bei seit über einem Jahr weitgehend unverändert bestehenden Beschwerden mit im Vordergrund stehendem Tinnitus, sei von

4■29

einer Chronifizierung auszugehen. Es sei nicht zu erwarten, dass eine Fortsetzung der Psychotherapie zu einer namhaften Verbesserung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führen werde. Zudem fehle die Adäquanz zwischen dem Unfallereignis und den noch geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer erachtet den Fallabschluss als verfrüht. Die SUVA stütze sich ausschliesslich auf aktenbasierte Kurzbeurteilungen ihrer versicherungsinternen Ärzte, die

weder vollständig, fundiert noch schlüssig seien. Es bestehe ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem diagnostizierten Tinnitus mit Hörminderung als objektiv ausgewiesene organische Unfallfolge.

E. 2.3

Materiell streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 15. Dezember 2021 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

E. 3.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 3.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang

5■29

zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

E. 3.3.1

Der Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung liegt ein adäquater Kausalzusammenhang dann vor, 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 177 E. 3.2 mit Hinweis). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. die rechts- erhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber der natürlichen Kausalität praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4; 134 V 109 E. 2.1). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des

Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit wissenschaftlich anerkannten, apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 121 E. 9 und 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 3.3.2

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende

6■29

Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. 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. Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: – besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; – 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. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 mit weiteren Hinweisen).

E. 3.3.3

Im Zusammenhang mit der Adäquanztprüfung ist sodann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Krankheitsbild des Tinnitusleidens hinzuweisen. Danach kann bei einem Tinnitus, der sich keiner organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge zuordnen

lässt, der adäquate

7■29

Kausalzusammenhang zum Unfall, wie bei anderen organisch nicht ausgewiesenen Beschwerdebildern, nicht ohne besondere Prüfung bejaht werden (BGE 138 V 248). Mangelt es somit an einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge und an einer Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigen könnte, ist der adäquate Kausalzusammenhang nach den zu psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelten Grundsätzen gemäss der Psycho-Praxis zu beurteilen (vgl. dazu auch nachfolgende E. 5.3).

E. 3.3.4

Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf das Schleudertraum-Beschwerden gerichteten ärztlichen Behandlungen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil BGE 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile BGE 6C_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1; 8C_44/2021 vom 5. März 2021 E. 5.2 je mit Hinweisen).

E. 3.4

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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

8■29

ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 122 V 157 E. 1b mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137

V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungswirtschaftlichen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf die Berichte behandelnder Ärzte (Hausärzte oder spezialärztliche Fachpersonen) darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 3.5

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer

9■29

Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile BGer 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2; 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

E. 3.6

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; Urteile BGer 8C_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3; 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 2. März 2022) in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbeurteilung (BGE 144 V 213 E. 4.31).

E. 4.1

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 4.2

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 21. August 2020 (SUVA-act. 16) stellte Dr. med. B. die vorläufige Diagnose Beschleunigungstrauma Grad II; die Erstuntersuchung habe am 21. August 2020 stattgefunden. Laut Versichertem sei es bei der Heckkollision nicht zu einem Kopfanprall gekommen, die Kopfstellung sei gerade gewesen, er sei in aufrechter Sitzposition gewesen und habe den Sicherheitsgurt getragen. Der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Auf die Kollision sei er nicht gefasst gewesen. Er sei nicht bewusstlos gewesen bei einem GCS-Score von 15. Nach dem Unfallereignis habe er die Fahrt fortsetzen und im Verlaufe des Tages die geplanten Tätigkeiten verrichten können. Nach dem Unfall seien sofort Hörstörungen, nach Tagen Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten.

10■29

E. 4.3

Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Verletzungen vom 20. Oktober 2020 (SUVA-act. 19) gab der Versicherte als noch bestehende Beschwerden ein Druckgefühl in den Ohren und Verspannungen im Nacken an, welche am Wochenende vom 15./16. August 2020 zu einem Rauschen/Pfeifen in den Ohren und zu Kopf- und Nackenschmerzen geworden seien. Er leide nach wie vor an Nackenbeschwerden, die teils bis zu den Schulterblättern ausstrahlen würden. Im Hals/Nacken sei beim Seitwärtsdrehen noch eine Bewegungsminderung vorhanden und er verspüre ein «Chrosen/Knacksen». In beiden Ohren (rechts > links) sei ein permanentes Rauschen vorhanden, das im Verlaufe des Tages zunehme und zu einem Pfeifen werde. Dies störe insbesondere beim Ein- und Durchschlafen. Er sei seit dem Unfall anhaltend weniger belastbar und ständig übermüdet. Vor dem Unfall habe er ab Mai 2020 zunehmend an Beschwerden im oberen Rücken mit Ausstrahlung in die linke Schulter und den linken Arm gelitten. Nach physiotherapeutischer Behandlung sei er beschwerdefrei gewesen. Eine bildgebende Abklärung sei bislang nicht gemacht worden. Er sei selbständig erwerbstätig und arbeite seit dem Unfall zu 50%.

E. 4.4

Laut Telefonnotiz vom 12. November 2020 berichtete der Versicherte, die Nackenbeschwerden seien besser geworden. Am schlimmsten seien der Tinnitus und die Schlafstörungen (SUVA-act. 35).

E. 4.5

Prof. Dr. med. C., Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO), berichtete der SUVA am 18. November 2020 von den am 30. September 2020, 28. Oktober 2020 und gleichentags erfolgten Untersuchungen und den Diagnosen (SUVA-act. 37): – Schwindel und Tinnitus auris rechts bei/mit: – St. n. Schleudertrauma am 12.08.2020 – HWS-Dysfunktion 0-c2 (links mehr als rechts) – verminderte vestibuläre Funktion im Hochfrequenzbereich rechts – Lärmempfindlichkeit

11■29

E. 4.6

Die Neurologin Dr. med. D. __ hielt in ihrem Bericht vom 23. November 2020 als Diagnosen fest (SUVA-act. 40): Kraniozervikales Beschleunigungstrauma am 12.08.2020 mit: – Tinnitus aurium – Anhaltende Zervikalgien – Ein- und Durchschlafstörungen

Seit einem fremdverschuldeten Autounfall mit HWS-Distorsionstrauma bestünden chronische Zervikalgien, fluktuierende Benommenheitsgefühle, Konzentrationsstörungen, eine Ein- und Durchschlafstörung sowie ein sehr störender Tinnitus rechtsbetont bds. Im Alltag werde je nach Geräuschkulisse und kognitiver Beanspruchung eine Exazerbation des Tinnitus beschrieben, sodass die Arbeit unterbrochen werden müsse. Klinisch finde sie keine Pathologien, welche auf eine radikuläre oder Myelonaffektion hinwiesen. Das Gangbild zeige sich bezüglich Armhaltung etwas auffällig, wobei unklar sei, ob dies allenfalls vorbestehend sei. Bezüglich Zervikalgien finde sich aber ein paravertebraler Hartspann zervikal bis zervikothorakal. Die Neurologin empfahl das bezüglich Schwindelgefühl und Konzentrationseinbussen eher ungünstige Temesta zu ersetzen.

E. 4.7

Am 20. November 2020 wurde im Kantonsspital Obwalden ein MRI-HWS durchgeführt. Der Radiologe Dr. med. E. __ hielt in seinem Bericht vom 3. Dezember 2020 folgende Beurteilung fest (SUVA-act. 42): – Segmental kyphotische Fehlhaltung in der unteren HWS und Bandscheibendegeneration C4-7 – C5/6 mit osteodiskalen foraminalen Stenosen bds mit Kontakt zu den austretenden C6-Wurzeln aspektmässig chronisch – C6/7 mit linksforaminaler Bandscheibenhernie (Protrusion) mit Kompression der austretenden C7-Wurzel bei angrenzendem Knochenmarködem der Endplatten und dem Korrelat für die akute Symptomatik entsprechend

12■29

E. 4.8

Am 19. Januar 2021 erfolgte ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon. Im Assessmentbericht vom 21. Januar 2021 wurden als Diagnosen festgehalten (SUVA-act. 51): A. Unfall vom 12.08.2020; Heckkollision A1 HWS-Distorsion QTF Grad II 20.11.2020 MRI HWS: Segmental kyphotische Fehlhaltung in der unteren HWS und Bandscheibendegeneration C4-7. C5/6 mit osteodiskalen foraminalen Stenosen bds. mit Kontakt zu den austretenden C6-Wurzeln aspektmässig chronisch. C6/7 mit linksforaminaler Bandscheibenhernie (Protrusion) mit Kompression der austretenden C7-Wurzel bei angrenzendem Knochenmarködem der Endplatten und dem Korrelat für die akute Symptomatik entsprechend B. Bandscheibenprotrusion links foraminal C6/7 mit Kompression der C7 Wurzel 20.11.2020 MRI HWS: Segmental kyphotische Fehlhaltung in der unteren HWS und Bandscheibendegeneration C4-7. C5/6 mit osteodiskalen foraminalen Stenosen bds. mit Kontakt zu den austretenden C6-Wurzeln aspektmässig chronisch. C6/7 mit linksforaminaler Bandscheibenhernie (Protrusion) mit Kompression der austretenden C7-Wurzel bei angrenzendem Knochenmarködem der Endplatten und dem Korrelat für die akute Symptomatik entsprechend C. Tinnitus aurium rechts (ED 09/2020) D. Diskrete Hochton-Innenohrschwerhörigkeit bds. (18.11.2020 Reintonaudiogramm)

Es werde eine neurologische Verlaufskontrolle empfohlen und eine Intensivierung der ambulanten Therapie bestehend aus dreimal wöchentlich MTT mit aktiver Bewegungstherapie und Krafttraining. Gleichzeitig sei der Patient beim Erarbeiten von

Selbsthilfemassnahmen zu unterstützen, die er bei kurzfristiger Schmerzsteigerung anwenden könne. Dies sollte längerfristig und sukzessive eine Steigerung der Belastbarkeit, Verbesserung der allgemeinen Ausdauer und der berufsspezifischen Kraft- und Ausdauerkomponente bewirken. Zur körperbezogenen Behandlung werde im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes auch eine psychosomatische Behandlung als sinnvoll erachtet. Unter Berücksichtigung der genannten Empfehlungen sei bezogen auf den Unfall von einer guten Prognose auszugehen.

E. 4.9

In ihrem Sprechstundenbericht vom 16. Februar 2021 (SUVA-act. 64) berichtete die Neurologin von der aufgrund des HWS-MRI erneuten Vorstellung des Beschwerdeführers am 15. Februar 2021. Anamnestisch und klinisch ergäben sich weiterhin keine Hinweise auf ein Wurzelreiz- oder Wurzelkompressionssyndrom. Die bildgebenden Befunde könnten das anhaltende Schmerzsyndrom zervikal natürlich erklären. Klinisch finde sich paravertebral zervikal sowie im Bereich des M. trapezius links auch ein Hartspann. Wie von der Rehaklinik Bellikon bereits

13■29

empfohlen, bleibe eine Fortführung der ambulanten Physiotherapie anzuraten. Interessanterweise stehe das zervikale Schmerzsyndrom für den Patienten im Hintergrund; er werde vorwiegend durch den rechtsbetont beidseitigen, erst seit dem Unfall auftretenden Tinnitus gestört. Da ihn dieser beim Einschlafen behindere sei das (bisher wirkungslos eingesetzte) Mirtazapin wieder abzusetzen. Aufgrund der Gesamtkonstellation mit beidseitigem Tinnitus, auffälligem Gangbild, anhaltendem Benommenheitsgefühl und Konzentrationsstörungen bleibe ergänzend ein MRI-Schädel zu diskutieren. Eine reguläre Verlaufskontrolle werde nicht vereinbart.

E. 4.10

Dr. med. E. __, Fachärztin für Rechtsmedizin, und Dr. sc. techn. F. __ der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik (AGU) verfassten am 4. März 2021 eine biomechanische Kurzbeurteilung (SUVA-act. 65). Sie hielten zusammengefasst fest, das Fahrzeug des Versicherten habe im Zuge einer Heckkollision eine Geschwindigkeitsänderung (Δv) in Vorwärtsrichtung innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h erfahren. Der Bereich für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung, innerhalb welchem nach Heckkollisionen der kritische Wert für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden anzunehmen sei, liege für das angestossene Fahrzeug im Normalfall zwischen 10-15 km/h. Aus biomechanischer Sicht ergebe sich aufgrund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis beim Versicherten festgestellten von der Halswirbelsäule ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung bereits im Normalfall eher erklärbar seien. Inwiefern die beschriebenen degenerativen Veränderungen tatsächlich eine relevante Rolle spielen würden könne nicht abschliessend beurteilt werden.

E. 4.11

Am 24. März 2021 erfolgte ein MRI des Schädels nativ (mit KM und TOF). In seiner Beurteilung hielt der Radiologe Speiser eine altersentsprechende normale Darstellung des Zerebrums und des N. vestibulocochlearis fest (SUVA-act. 70).

E. 4.12

Der HNO-Facharzt Prof. Dr. med. C. ___ berichtete am 16. Juli 2021 (SUVA-act. 85) von anhaltenden Schlafproblemen aufgrund des Tinnitus. Die klinische HNO-ärztliche Untersuchung sei unauffällig. Der Patient habe die Neuromodulationstherapie 4 Monate unverbindlich testen können. Leider habe diese keine Linderung verschafft. Laute Geräusche würden den Tinnitus

14 ■ 29

erheblich verstärken. Er könne sich akustisch am besten mit Lieblingsmusik ablenken. Das «medical fitness» sei eine sehr gute Therapie und gebe ihm körperlich und mental Stärke. Für den Schlaf müsse er auf die verordneten Medikamente zurückgreifen.

E. 4.13

Dr. med. G. ___, Arbeitsarzt und HNO-Facharzt, hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 12. August 2021 (SUVA-act. 99) zusammengefasst fest, die bildgebenden Untersuchungen zeigten keine strukturellen Läsionen im ORL-Gebiet. Nach den bisherigen Abklärungen bestehe kein Hinweis auf eine peripher vestibuläre Funktionsstörung und kein AP (= Anhaltspunkt) für einen BPLS (= benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel). Eine contusio labyrinthi liege nicht vor. Objektivierbare strukturelle Folgen des Unfalls vom 12.08.2020 seien aus ORL-ärztlicher Sicht nicht vorhanden. Die klinische ORL-ärztliche Untersuchung sei unauffällig. Die diskrete symmetrische Innenohrschwerhörigkeit beidseits im Hochtonbereich sei altersbedingt im Sinne einer Presbyakusis und unfallfremd. Zur Anerkennung eines posttraumatischen Tinnitus werde unter normalen Umständen gleichzeitig eine objektivierbare traumatische Hörminderung verlangt. Eine solche sei vorliegend nicht ausgewiesen. Der Versicherte habe zur Tinnitus-Therapie versuchsweise einen Noiser erhalten, der ihm keine Linderung verschafft habe. Ein Jahr nach Unfallereignis könne theoretisch nur noch das autogene Training, das «medical fitness» oder die Ablenkung durch Musik den Tinnitus lindern. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit empfehle er aufgrund der Tagesmüdigkeit und des Konzentrationsmangels bei Schlafstörungen eine schrittweise Steigerung auf 75% ab Oktober und auf 100% ab 2022.

E. 4.14

Der Kreisarzt Dr. med. H. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 24. August 2021 (SUVA-act. 104) fest, nach Durchsicht der bildgebenden Diagnostik sowie der neurologischen Berichte sei es beim Unfallereignis vom 12. August 2020 überwiegend wahrscheinlich zu keinen objektivierbaren zusätzlichen strukturellen Läsionen gekommen. Laut den vorliegenden Berichten bestünden die Beschwerden vor allem durch den Tinnitus. Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule stünden eher im Hintergrund. Zudem seien die für eine zervikozephalische Beschwerdesymptomatik verantwortlichen Veränderungen überwiegend wahrscheinlich degenerativen Ursprungs. Bildgebend seien Bandscheibendegenerationen HWK 4-7 mit foraminale Stenosen C7 links und C6 beidseitig nachgewiesen worden. Dementsprechend seien die Unfallfolgen nicht mehr mit

15 ■ 29

überwiegender Wahrscheinlichkeit für das aktuelle Beschwerdebild im Bereich der HWS verantwortlich. In Bezug auf den Tinnitus werde auf die Beurteilung von Dr. med. Nguyen verwiesen (vgl. E. 4.13).

E. 4.15

Anfang August 2021 begab sich der Versicherte erstmals in psychologische Behandlung bei lic. phil. I. __. Laut ihrem Verlaufsbericht vom 11. November 2021 (SUVA-act. 109) leidet der Versicherte an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Ziel der Behandlung sei eine bessere Akzeptanz des Tinnitus und das Lernen von Möglichkeiten, ihn auszu- blenden. Daneben gelte es mit traumatherapeutischen Methoden sein Schockerlebnis zu be- arbeiten und damit indirekt vielleicht sogar eine Verminderung des Tinnitus zu erreichen.

E. 4.16

Die SUVA-Ärztin med. pract. J. __, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neu- rologie, hielt in ihrem ärztlichen Bericht vom 18. November 2021 (SUVA-act. 111) zusammen- gefasst fest, die psychotherapeutische Behandlung sei auf Empfehlung der Rehaklinik Bellikon unter Vermittlung des Hausarztes aufgenommen worden. Im Verlaufsbericht vom 11. Novem- ber 2021 seien als im Vordergrund stehende Beschwerden ein starker Tinnitus und Schlafstö- rungen berichtet worden. Als Befund seien auch eine Hypervigilität, Schreckhaftigkeit, Ängst- lichkeit und andauernde innere Anspannung, Konzentrationsstörungen, schnelle Ermüdbar- keit, ständige Kopfschmerzen, Schmerzen und Verspannungen im Schulter- und Nackenbe- reich, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug und niedergeschlagene Stimmung genannt. Diese würden zwar als Befunde tituliert, erweckten aber den Eindruck einer Aufzählung von Be- schwerden und nicht einer objektiven Erhebung eines psychopathologischen Befundes. Un- fallfremde Faktoren, wie die von der Rehaklinik Bellikon beschriebene belastende Situation aufgrund des Corona-Lockdowns mit Schliessung seines Geschäftes würden nicht genannt. Die gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei aus versicherungspsy- chiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, da das Eingangskriterium (Geschehen von ausserge- wöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslöst) sei nicht erfüllt. Auch die notwendigen Diagnosekriterien (anhaltende Erinnerung/Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Erinnerungsprobleme) seien nicht ausrei- chend nachvollziehbar dargestellt. Die Symptome einer Hypervigilanz mit Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit und andauernder innerer Anspannung seien nicht ausreichend zur Diagnosestel- lung einer PTBS, per se unspezifisch und könnten auch bei anderen psychischen

16■29

Störungsbildern auftreten. Differentialdiagnostisch komme beim Versicherten am ehesten eine Anpassungsstörung in Frage. Im Bericht werde auch deutlich, dass es bei der Behandlung in erster Linie um das Erlernen von Copingstrategien zum Umgang mit dem Tinnitus gehe. In ihrer Schlussfolgerung notierte die Psychiaterin, der Versicherte sei seit dem Unfalltag durch- gehend in einem 50%-Pensum in seinem eigenen Radio- und Fernsehgeschäft tätig. Die Ar- beitsunfähigkeit habe der Hausarzt attestiert, die vorgeschlagene Steigerung des Arbeitspen- sums sei nicht versucht worden. Im psychotherapeutischen Bericht werde nicht Bezug auf die Arbeitsfähigkeit genommen. Bei seit über einem Jahr weitgehend unverändert bestehenden Beschwerden, mit im Vordergrund stehendem Tinnitus, sei von einer Chronifizierung auszu- gehen. Von einer Fortsetzung der Psychotherapie sei keine namhafte Besserung der Be- schwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten, zumal die Chancen vom ORL- Arzt der SUVA als erfahrungsgemäss ohne Erfolg beurteilt worden seien.

E. 4.17

Im vom Beschwerdeführer aufgelegten ärztlichen Attest («to whom it may concern») vom 28. März 2022 (BF-Bel. 4), äussert sich der Hausarzt Dr. med. K. __ auf Ersuchen seines Patienten zum Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12. August 2020 und den Folgen. Der Patient leide seit dem Unfall an Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Konzentrationsstörungen, schneller Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, niedergeschlagener Stimmung und hartnäckigen, unangenehmen Tinnitusbeschwerden. Danebst auch an anhaltenden Cervikalgien bei segmental kyphotischer Fehlhaltung der unteren Halswirbelsäule mit Bandscheibendegeneration HWK 4-7 und Foraminalstenose betreffend C7 links und C6 bds. Der Patient sei wegen dieser Beschwerden auch in der Rehaklinik Bellikon hospitalisiert gewesen und zweimal von der Neurologin Dr. med. D. __ gesehen worden. Das MRI vom 24. März 2021 zeige eine altersentsprechend normale Darstellung des Cerebrums und des N. vestibulocochlearis. Er müsse davon ausgehen, dass sowohl die Nackenschmerzen und den für einen Radio- und Fernsehtechniker sehr störende Tinnitus sowie auch die vermutete posttraumatische Belastungsstörung durch den Unfall ausgelöst worden seien. Ob durch die Behandlungen eine namhafte Verbesserung erwartet werden könne, sei schwierig zu beurteilen und müsse gegebenenfalls nochmals mit Prof. C. __ rückbesprochen werden. Sicherlich könnten die Nackenschmerzen durch Physiotherapie positiv beeinflusst werden und die Ängstlichkeit, Konzentrationsstörung etc. durch die Psychotherapie. Leider stehe für den Patienten der Tinnitus im Vordergrund. Darüber eine Prognose zu stellen sei sehr schwierig.

17■29

E. 5.1.1

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es könne nicht auf die Einschätzung der SUVA-Versicherungsmediziner H. __, G. __ und J. __ abgestellt werden, da es sich um versicherungsinterne Ärzte handle und kein notwendigerweise externes polydisziplinäres Gutachten eingeholt worden sei. Sobald geringe Zweifel an Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung bestünden, seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Diese Konstellation sei vorliegend gegeben. Ausserdem hätten die SUVA-Ärzte trotz der konkreten Umstände keine persönliche Untersuchung durchgeführt, sondern bloss gestützt auf die Akten entschieden. Die aktenbasierten Stellungnahmen der SUVA-Ärzte hätten deshalb keinen genügenden Beweiswert (Beschwerde Ziff. 37).

E. 5.1.2

Nicht auf eigenen Untersuchungen der versicherten Person beruhende kreisärztliche Stellungnahmen können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. u.a. Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11. Januar 2022 E. 8.2 mit weiteren Hinweisen). Die Aktenbeurteilungen der Dres. med. H. __, G. __ und med. pract. J. (vgl. E. 4.13, 4.14, 4.16 hiervor) erfüllen diese Anforderungen an aktenbasierte medizinische Stellungnahmen. Sie verfügten über die aktuellen bildgebenden und audiometrischen Untersuchungen (MRI, Retinodiagramm) mit eindeutigen Befunden und die Berichte der behandelnden Fachärzte, die persönliche Untersuchungen durchgeführt haben und konnten sich ein zuverlässiges Bild über den medizinischen Sachverhalt

verschaffen. Der Beschwerdeführer lässt denn auch offen, aufgrund welcher «konkreten Umstände» je eine weitere persönliche Untersuchung unabdingbar gewesen wäre. Die vom Beschwerdeführer kritisierten Berichte wurden von Fachärzten erstattet, sind für die streitigen Belange umfassend und wurden in Kenntnis sämtlicher Vorakten erstellt. Sie leuchten in der Darlegung und Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalten nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt vermag daran, wie sich sogleich zeigen wird, nichts zu ändern. Insbesondere vermag er keine (fach-)ärztlichen Berichte aufzulegen, welche geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilung ergäben.

18■29

E. 5.2.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, entgegen der Meinung der SUVA sei von einer weiteren Behandlung eine nennenswerte Verbesserung der Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten, insbesondere von der initiierten psychotherapeutischen Behandlung (Beschwerde Ziff. 38). Bereits Prof. C. __ habe ihm bei der dritten Konsultation vom 28. Oktober 2020 die Einleitung einer Neuro-Reha-Physiotherapie empfohlen. Hätte der Facharzt keine Heilungschancen gesehen, so hätte er mit Sicherheit keine weiteren Behandlungsmassnahmen empfohlen (Beschwerde Ziff. 38.1). Auch im Rahmen des ambulanten Assessments in der Rehaklinik Bellikon vom 19. Januar 2021 sei man aus medizinisch-diagnostischer Sicht bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Behandlung, namentlich der Intensivierung der ambulanten Therapien und Einleitung einer psychosomatischen Therapie, von einer erheblichen Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit ausgegangen (Beschwerde Ziff. 38.2). Die Neurologin D. __ habe anlässlich der Konsultation vom 17. November 2020 die Umstellung der Medikation und die Fortführung der ambulanten Physiotherapie empfohlen und Letzteres anlässlich der Konsultation vom 15. Februar 2021 bestätigt (Beschwerde Ziff. 38.3). Die IV-Stelle Nidwalden sei ebenfalls gute Dinge hinsichtlich der Fortführung der eingeleiteten Therapien gewesen, habe sie ihm doch mit Schreiben vom 18. März 2021 Beratung und Unterstützung mit Blick auf die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit zugesichert (Beschwerde Ziff. 38.4). Sodann habe Prof. C. __ im Juli 2021 die Durchführung einer Neurofeedbacktherapie und weitere Therapien empfohlen, was er nicht getan hätte, wenn der medizinische Endzustand erreicht gewesen wäre (Beschwerde Ziff. 38.7). Auch die Initiierung der psychotherapeutischen Behandlung schliesse den medizinischen Endzustand aus, zumal eine PTBS diagnostiziert worden sei. Ziel der Therapie sei eine bessere Akzeptanz des Tinnitus sowie das Erlernen von Ausblendemöglichkeiten. Im Verlaufe der sechs Sitzungen habe sich denn auch gezeigt, dass er durch seinen Leistungsdruck sehr motiviert sei und sich gut auf die Behandlung eingelassen habe (Beschwerde Ziff. 38.8).

E. 5.2.2

Der Beschwerdeführer argumentiert überwiegend mit fachärztlichen Berichten, die im ersten Halbjahr nach dem Unfall erstellt wurden. Bei der Frage nach dem Fallabschluss greift aber eine prospektive Betrachtungsweise gestützt auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 15. Dezember 2021. Die zitierten ärztlichen Berichte bzw. die Verhältnisse bis

19■29

zum strittigen Einspracheentscheid sind somit nicht rechtsrelevant (vgl. Urteil BGer 8C_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 7.1). Davon abgesehen könnte der Beschwerdeführer aus diesen Berichten ohnehin nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die von der Rehaklinik Bellikon vorgeschlagenen Massnahmen in Form von Bewegungs- und Krafttraining genügen praxisgemäss nicht, um den Fallabschluss hinauszuzögern (Urteil BGer 8C_604/2021 vom 25. Januar 2021 E. 9.2 mit Hinweis). Analoges gilt sowohl für die Beurteilung der Neurologin D.___, die zwar die Fortführung der Physiotherapie befürwortet und die von Prof. C.___ empfohlene Neurofeedbacktherapie, da Prognosen zu den Behandlungsmassnahmen fehlen. Das von Prof. C.___ erwähnte autogene Training «medical fitness» und die Ablenkung durch Lieblingsmusik werden auch vom SUVA-Arzt Dr. G.___ als theoretisch noch den Tinnitus lindernde Massnahmen erwähnt. Beiden fachärztlichen Berichten lässt sich nicht entnehmen, dass sie von einer namhaften Besserung ausgehen. Überdies muss die zu erwartende Besserung unfallkausale Befunde betreffen. Insofern ist der Verweis auf das Standardschreiben der Invalidenversicherung, die keine Unterscheidung zwischen krankheits- und unfallbedingten Beschwerden macht, nicht zielführend. Überdies ist die Anordnung einer Begutachtung durch die Invalidenversicherung aktenkundig, sodass auch die Invalidenversicherung die Rentenprüfung beabsichtigt und nicht von einer durch weitere Massnahmen beeinflussenden Besserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen scheint. Dem zitierten Verlaufsbericht der Psychotherapeutin (Beschwerde Ziff. 38.8) lässt sich klar entnehmen, dass die Therapie auf das Erlernen von Copingstrategien zum Umgang mit dem Tinnitus und nicht der Besserung desselben ausgerichtet ist. Selbst der Hausarzt geht bloss von einer positiven Beeinflussung der geklagten Beschwerden aus; es sei schwierig zu beurteilen, ob durch die Behandlung eine namhafte Besserung zu erwarten sei (vgl. vorstehende E. 4.17). Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang die Stellungnahme der Versicherungsmedizinerin J.___ als weder fundiert noch schlüssig sowie als aktenwidrig beanstandet, scheint er zunächst zu übersehen, dass die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, über die für die Beurteilung des Therapieberichts notwendigen Qualifikationen verfügt. Sie hat sich fundiert mit dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychotherapeutin I.___ befasst und nachvollziehbar aufgezeigt, dass keine objektive Erhebung eines psychopathologischen Befundes erfolgte und das Eingangskriterium sowie die übrigen zur Diagnosestellung einer PTBS erforderlichen Kriterien fehlen würden. Anders als vom Beschwerdeführer behauptet, hat sich die Fachärztin nicht zu seiner subjektiven Arbeitsfähigkeit geäussert, sondern bloss festgestellt, dass die vorgeschlagene Steigerung des

20■29

Arbeitspensums nicht versucht worden sei und die Psychotherapeutin sich im Verlaufsbericht nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere, was durchaus aktenkundig ist (vgl. E. 4.16). Insgesamt stehen die vom Beschwerdeführer genannten Behandlungen, die zudem therapeutischer und nicht ärztlicher Natur sind, der Annahme des medizinischen Endzustandes nicht entgegen. Dass Therapien die geklagten Beschwerden möglicherweise günstig zu beeinflussen vermögen, genügt den Anforderungen der Rechtsprechung für eine weitergehende Übernahmepflicht des Unfallversicherers indessen nicht. Weshalb über den 15. Dezember 2021 hinaus von weiteren Behandlungen noch eine namhafte Verbesserung erwartet werden sollte, wenn diese bisher ausgeblieben ist, ist weder aufgrund der Akten ersichtlich, noch vermag der Beschwerdeführer den gegenteiligen

Schluss mittels fachärztlichem Bericht zu implizieren.

E. 5.3.1

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass mit dem Tinnitusleiden eine objektivierbare Unfallfolge vorliege. Prof. C. ___ habe Schwindel und einen Tinnitus auris rechts bei Status nach Schleudertrauma, HWS-Dysfunktion, verminderter vestibulärer Funktion im Hochfrequenzbereich rechts und Lärmempfindlichkeit diagnostiziert und befürworte folglich die Unfallkausalität des persistierenden Tinnitus. Unklar bleibe, ob es sich bei der im Reintonaudiogramm vom 18. November 2020 festgestellten Gehörsabnahme um eine organische Läsion als Ursache des Tinnitus handle. Dies sei angesichts der medizinischen Aktenlage zu bejahen. Demzufolge sei vorliegend der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und dem Tinnitus mit Hörverminderung als objektiv ausgewiesene organische Unfallfolge gegeben. Ausserdem könne ein Tinnitus rechtsprechungsgemäss gar nicht objektivierbar erfasst werden.

E. 5.3.2

Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge ■ als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung ■ wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit ■ wissenschaftlich anerkannten ■ apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden (134 V 121 E. 9). Dies gilt auch bei einem Tinnitus. Das Bundesgericht kam nach ausführlicher Auseinandersetzung mit der medizinischen Sachlage zum Schluss, dass an der (in den vom

21 ■ 29

Beschwerdeführer zitierten Urteilen) vertretenen Annahme, Tinnitus sei ein körperliches Leiden oder zumindest zwingend auf eine körperliche Ursache zurückzuführen, nicht festgehalten werden könne (BGE 138 V 248 E. 5.7 ff.). In der medizinischen Lehre werde als Tinnitus ein regelmässiges, mehr oder weniger dauernd vorhandenes, in einem Ohr oder beiden Ohren lokalisiertes diffus im Kopf empfundenes Geräusch definiert. Die Patienten würden Bezeichnungen wie Pfeifen, Rauschen, Sausen, Läuten, Brummen usw. verwenden. Gemäss einer anderen Umschreibung werden als Tinnitus auris oder kurz Tinnitus akustische Wahrnehmungen bezeichnet, welche keinen externen akustischen Quellen zugeordnet werden könnten (E. 5.7.1 mit weiteren Hinweisen). Tinnitus lasse sich unter verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Von Interesse sei vorab die Unterscheidung, welcher ein Teil der Lehre das Begriffspaar «objektiver» und «subjektiver» Tinnitus zuordne. Danach bezeichne der sog. objektive Tinnitus ein Ohrgeräusch, welches aufgrund pathologisch-anatomischer Veränderung entstehe und grundsätzlich auch für Aussentehende (allenfalls mit technischen Hilfsmitteln) hörbar werde. Meist handle es sich um gefässreiche Missbildungen, Tumore oder um muskulär bedingte Schallgeräusche. Der nicht objektive Tinnitus werde einzig durch den Betroffenen gehört und stelle die weitaus häufigste Form dar und werde auch als «Körpergeräusch» bezeichnet (E. 5.7.2 mit weiteren Hinweisen). Es bestehe, soweit ersichtlich, Einigkeit darüber, dass es sich beim Tinnitus nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild, sondern primär um ein Symptom durch vielerlei mögliche Ursachen handle (E. 5.8.2). Der vorherrschende subjektive

Tinnitus könne objektiv nicht gemessen werden. Der von den Patienten angegebene Schweregrad des Tinnitus gebe den subjektiven Leidensdruck wieder und müsse nicht mit audiologischen Messungen korrelieren (E. 5.9.1). Der Schweregrad eines (subjektiven) Tinnitus werde demzufolge nicht mittels objektiver Messungen, sondern ausschliesslich aufgrund der Angaben der betroffenen Person und deren subjektiv empfundenen Beeinträchtigung festgelegt. Das zeigt nicht nur, dass keine Untersuchungsergebnisse gewonnen werden könnten, welche der allgemeinen Umschreibung der Objektivierbarkeit genügen. Vielmehr erhellt auch, dass der nur so bestimmbare Schweregrad keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine organische Unfallfolge als Ursache des Tinnitus bieten könne (E. 5.9.2). Insofern ergebe sich keine medizinisch gesicherte Grundlage, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn zwingend einer organischen Ursache zuzuordnen. Auch lasse der Schweregrad eines Tinnitus nicht organische Unfallfolgen als Ursache schliessen (E. 5.10).

22■29

E. 5.3.3

Der Versicherte beruft sich namentlich auf Prof. C.__. Dieser diagnostizierte einen Tinnitus auris, berichtete von einer unauffälligen klinischen HNO-ärztlichen Untersuchung und schloss damit eine organische Läsion bzw. objektivierbare Ursachen aus (vgl. vorstehende E. 4.5 und 4.12). Dies deckt sich mit den Ausführungen von Dr. G.__, wonach keine objektivierbaren strukturellen Folgen des Unfalls vorhanden seien. Insbesondere habe anlässlich der neurologischen Untersuchung kein Spontannystagmus festgestellt werden können und das MRI des Schädels und der HWS zeige keine strukturellen Läsionen im ORL-Gebiet. Die ORL-ärztliche Untersuchung sei unauffällig gewesen; es gebe es keinen Hinweis auf eine periphere vestibuläre Funktionsstörung, für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel und es liege keine Contusio labyrinthi vor. Das Retinoaudiogramm zeige beidseits eine diskrete Innenohrschwerhörigkeit im Hochtonbereich, die altersbedingt und unfallfremd sei. Ein bildgebend/apparativer Nachweis, welcher ein Absehen von der besonderen Adäquanzprüfung gestatten würde, liegt nicht vor. Das Argument, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall nicht unter Hörbeschwerden gelitten, beruht auf der unzulässigen Beweisformel «post hoc, ergo propter hoc» und ist beweisrechtlich nicht verwertbar (Urteil BGer 8C_355/2018 vom 29. Juni 2018 E. 3.2).

E. 5.4

Nach dem Gesagten ergibt die medizinische Aktenlage, dass von weiteren ärztlichen Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten. Weiter steht fest, dass das Tinnitusleiden zwar nicht objektivierbar, aber zweifellos Folge der beim Unfall erlittenen HWS-Distorsion ist. Die SUVA hat deshalb den Fall zu Recht per 15. Dezember 2021 abgeschlossen und die Prüfung der Adäquanz aller nicht objektivierbaren Einschränkungen (inkl. Tinnitus) nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) vorgenommen (vgl. auch Urteil BGer 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 7.1).

E. 6.1

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf

organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger

23■29

Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbezugsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. 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. Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: – besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (u.a. Urteile BGer 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 7.2; 8C_114/2018 vom 22. August 2018 E. 4 mit Hinweisen [u.a. auf BGE 134 V 109 E. 4.3 und 6.2.1]).

24■29

E. 6.2

Im Rahmen der Adäquanztprüfung ist als Erstes die Unfallschwere umstritten. Die SUVA hat den Unfall vom 12. August 2020 als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft. Demgegenüber erachtet der Beschwerdeführer den Unfall als mittelschwer im eigentlichen Sinne. Bei der Beurteilung der Adäquanzt ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzt Kriterien Rechnung zu tragen (BGE 140 V 356 E. 5.1; Urteil BGer 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 9).

Der Beschwerdeführer lenkte am 12. August 2020 seinen Renault Kangoo (Hochdachkombi) in X. auf der Z. strasse in Richtung Kreisel, als ein nachfolgender

Traktor mit seinem Frontgewicht auf das Heck des Autos auffuhr. Dadurch erfuhr der Personenwagen eine Geschwindigkeitsänderung (Δv) in Vorwärtsrichtung innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h. Das Fahrzeug war im mittleren Heckbereich beschädigt; die Stossstange, der Querträger, das Heckabschlussblech und der Kofferraumboden wurden gestaucht, die Flügeltüren stark deformiert (Biomechanische Kurzbeurteilung; SUVA-act. 65). Praxisgemäss werden Auf-fahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug regelmässig als mittelschwere Unfälle im Bereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (u.a. Urteile des BGer 8C_425/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 4.3.3; 8C_786/2011 vom 3. Januar 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Es ergeben sich keine Anhaltspunkte, um von diesem Regelfall abzuweichen. Der vom Beschwerdeführer zitierte Entscheid vermag daran nichts zu ändern. Der dortige Sachverhalt, die Kollision eines Klein-motorrades mit einem nicht vortrittsberechtigten Personenwagen, ist mit dem vorliegenden nicht vergleichbar. Zum einen wird der Insasse eines Personenwagens durch Rückhaltesysteme (Sicherheitsgurten, Airbag) geschützt, wogegen sich der Motorradfahrer ungeschützt im freien Raum befindet. Zum anderen absorbiert die Knautschzone an Personenwagen einen Teil der Kollisionsenergie (Urteil BGer 8C_621/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.4.3 mit weiteren Hinweisen). Es somit mit der SUVA von einem mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen.

25■29

E. 6.3

Bei einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen müssten praxisgemäss vier der sieben unfallbezogenen Zusatzkriterien (vgl. E. 6.1) in einfacher oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (u.a. Urteil BGer 8C_123/2016 vom 12. April 2016 E. 5.3). Massgebend sind dabei die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Fallabschluss per 15. Dezember 2020 entwickelt haben (vgl. Urteile BGer 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.7 und 8C_344/2013 vom 10. Oktober 2013 E. 8).

E. 6.4

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1, 134 V 109 E. 10.2.1). Beim vorliegenden Unfall handelt es sich um einen einfachen Auffahrunfall, der sich nicht unter besonderen dramatischen Begleitumständen abspielte. Auch wenn der Unfall für den Versicherten eindrücklich gewesen ist, kann er aus objektiver Sicht und angesichts der Tatsache, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit innewohnt (vgl. Urteil BGer 8C_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2) nicht als besonders eindrücklich im Sinne der massgebenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezeichnet werden.

E. 6.5

Zur Bejahung des strittigen Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen bedarf es einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma bzw. die äquivalente Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können. Es kann sich dabei z.B. um eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen

handeln (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Solches ist nicht aktenkundig.

E. 6.6

Für das Kriterium der ärztlichen Behandlung ist wesentlich, ob nach dem Unfall eine fortgesetzte spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war (BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Dieses Kriterium ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung

26■29

sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustands resp. der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen, die nur der Erhaltung des Zustandes dienen und ärztliche Verlaufskontrollen sowie eine medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Inwiefern die Behandlungen äusserst belastend gewesen sein sollen, ist zudem ebenso wenig ersichtlich, wie dass ein fortgesetzter Behandlungsbedarf zu einer solchen Belastung führen könnte. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt.

E. 6.7

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist aufgrund der Individualität des Schmerzempfindens subjektiv ausgeprägt und deshalb zu objektivieren. Adäquanzrelevant können nur die in der Zeit zwischen dem fraglichen Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden sein. 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 109 E. 10.2.4.). Der Beschwerdeführer leidet seit dem Unfall an verschiedenen Symptomen. Im Vordergrund steht dabei der Tinnitus. Daneben klagt er über Schlafstörungen, Hypervigilität, Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit und andauernde innere Anspannung, Konzentrationsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, ständige Kopfschmerzen, Schmerzen und Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich, Antriebslosigkeit sowie eine niedergeschlagene Stimmung. An der Glaubwürdigkeit der geschilderten Beschwerden ist vorliegend nicht zu zweifeln, weshalb das Kriterium – wenn auch nicht in ausgeprägter Weise – zu bejahen ist.

E. 6.8

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist weder aus den medizinischen Akten ersichtlich noch wird eine solche vom Beschwerdeführer geltend gemacht.

E. 6.9

Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein. Rechtsprechungsgemäss darf allein wegen persistierender Beschwerden trotz durchgeführter Behandlungen noch nicht auf einen

27■29

schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf vielmehr besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteile BGer 8C_791/20414 vom 1. April 2015 E. 4.2.5 und 8C_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.7.4, je mit weiteren Hinweisen). Solche Gründe sind vorliegend nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs oder der erheblichen Komplikationen damit zu verneinen.

E. 6.10

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. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Rechtsprechungsgemäss ist dieses Kriterium dann besonders ausgeprägt erfüllt, wenn die versicherte Person Bemühungen, die eindeutig über das im Normalfall zu erwartende Ausmass hinaus gehen, nachzuweisen in der Lage ist (Urteil des BGer 8C_246/2009 vom 6. April 2010 E. 5.2.1 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall vom 12. August 2020 zu 50% arbeitsunfähig. Selbst wenn das Kriterium nun bejaht würde, gilt es festzustellen, dass es jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise vorliegt. Zumal weder aus den Akten ersichtlich noch vom Beschwerdeführer näher begründet wird, inwiefern er Bemühungen unternommen hätte, welche über das im Normalfall zu erwartende Ausmass hinaus gingen.

E. 6.11

Nach dem Gesagten können höchstens zwei der adäquanzrelevanten Kriterien als erfüllt gelten, jedoch keines in besonders ausgeprägter Weise. Damit fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 12. August 2020 und den vom Beschwerdeführer über den 15. Dezember 2020 hinaus geklagten Beschwerden. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 15. Dezember 2020 eingestellt hat.

28■29

E. 7

Im Ergebnis erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. März 2022 als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und demzufolge abzuweisen.

E. 8

Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG). Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

29■29