

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/115 vom 26. Oktober 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2009\\_115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_115)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/115 du 26 octobre 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/115 del 26 ottobre 2010

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Adäquanzbeurteilung bei einem mittelschweren Unfall (Frontalkollision) nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) unter Offenlassung, ob die natürliche Kausalität im Zeitpunkt der Leistungseinstellung gegeben war (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Oktober 2010, UV 2009/115). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_1028/2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier 26. Oktober 2009) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 4 E. 1.2 und 129 V 169 E. 1, je mit Hinweis). Berichte, welche nach diesem Zeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, sofern sie Rückschlüsse in Bezug auf die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestehende Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b, 99 V 102, je mit Hinweisen). Soweit Berichte jedoch über nachträgliche Veränderungen als Folge einer Operation oder weiterer medizinischer Behandlungen eingereicht wurden, ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht auf sie abzustellen; sie können aber allenfalls zu einer Revision Anlass geben. Das neurologische Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. April 2010 sowie der Bericht der neuroradiologie schanze vom 9. April 2010 und das neuropsychologische Teilgutachten der Neuropsychologin G.\_\_\_\_ vom 9. April 2010 (act. G 13.1 - G 13.3) enthalte keine Hinweise auf im Vergleich zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids nachträglich eingetretene Veränderungen. Die Beschwerdegegnerin macht denn auch nichts dergleichen geltend, weshalb sie im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden können.

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bezüglich der Autokollision vom 29. Oktober 2007 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Streitig und zu prüfen ist nachfolgend, ob sie weitere Leistungen dafür ab 1. Oktober 2009 zu Recht verweigert hat. 2.2 Die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere jene des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und gesundheitlicher Schädigung sowie zum Beweiswert eines Arztberichts, werden im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dargelegt; darauf kann verwiesen werden (vgl. Erwägungen 1 und 2a). Anzufügen bleibt, dass im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit Bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen

werden) die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu beachten ist, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004 i/S O.G. [U 243/03]; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369). 2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt.

### **E. 3**

3.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die vom Beschwerdeführer über den 30. September 2009 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Erste röntgenologische Untersuchungen im Spital Linth von Thorax, Sternum, rechtem Handgelenk und rechtem Knie ergaben gemäss Bericht vom 29. Oktober 2007 keine ossären Läsionen. Auch die Abdomen-Sonographie zeigte keine freie Flüssigkeit und keine

Läsionen (Suva-act. 2). Klinisch und elektrophysiologisch zeigten sich gemäss Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2008 keine Hinweise auf eine Schädigung der Nervi ulnaris, medianus und radialis rechts (Suva-act. 7). Das MRI des Hirnschädels vom 2. Juni 2008 ergab eine insgesamt altersentsprechende craniale Kernspintomographie (Suva-act. 20). Laut Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_, Chefarzt der MRI AG fanden sich beim Beschwerdeführer im MRI der HWS vom 2. September 2008 eine Fehllagerung der HWS in liegender Position und leichtgradige degenerative Veränderungen im mittleren und unteren HWS-Bereich mit dem Maximum der Discopathie auf Etage HWK 6/7. Im Übrigen zeigten sich weder eine wesentliche Spinalkanalstenose, noch ein Myelopathiezeichen oder eine aktive Knochenmarksveränderung. Eine Aussage über das Alter und die Ätiologie der degenerativen Veränderungen sei MRI-mässig nicht möglich (Suva-act. 26). Am 15. Dezember 2008 wurden im Spital Linth nochmals radiologische Aufnahmen der rechten Hand sowie der HWS gemacht. Dabei zeigte sich gemäss Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ im Vergleich zu den Aufnahmen vom 29. Oktober 2007 im Handgelenksbereich ein analoger Befund. Zudem seien in der Mittelhand und den Fingern keine wesentlichen Arthrosen nachzuweisen. Auch fänden sich keine Hinweise auf eine posttraumatische Verletzung. Der beurteilende Radiologe hielt ebenfalls eine alterskonforme Morphologie und Artikulation ohne posttraumatische Läsionen oder Subluxationen fest (Suva-act. 38, 41). Die HWS-Bilder zeigten kein Wirbelgleiten und keine Bandscheibendestruktionen, keine erkennbaren posttraumatischen Residuen und auch keine paravertebrale Weichteilschwellung (Suva-act. 39). Schliesslich brachten auch die neuroradiologischen Abklärungen des Gehirns der neuroradiologie schanze vom 9. April 2010 keine gefestigten Anhaltspunkte über unfallbedingt organische Veränderungen. Gemäss Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ liesse sich ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem auffälligen supratentoriell etwas erweiterten Ventrikelsystem und den prominenten äusseren Liquorräumen nur im Vergleich mit zum Unfall zeitnahen Voruntersuchungen abschätzen (act. G 13.2). Klinisch erhobene Druckdolenzen, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS stellen sodann praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005 i/S M. [U 9/05] E. 4 und vom 23. November 2004 i/S B. [U 109/04] E. 2.2). Zusammenfassend ergibt sich somit gestützt auf die medizinischen Akten, dass weder äussere noch innere Verletzungen klinisch oder bildgebend dokumentiert sind. 3.2 Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer während der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Juli 2008 erstmals geltend gemachten zunehmenden Rückenbeschwerden (vgl. Suva-act. 18 S. 2) kann offensichtlich von einer Besserung ausgegangen werden. Einerseits wurden diese Beschwerden weder später gegenüber dem Kreisarzt oder der Neurologin und Psychiaterin D.\_\_\_\_ geltend gemacht, noch fanden sich in den röntgenologischen Untersuchungen entsprechende bildgebende Befunde. Andererseits entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen und Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Nachdem vorliegend keine verbliebenen Beschwerden geltend gemacht werden, erübrigen sich weitere Ausführungen dazu.

#### **E. 4**

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle

verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

4.2 Die erstbehandelnde Ärztin des Spitals Linth erwähnte im Austrittsbericht vom 29. Oktober 2007 einzig Kontusionen des Sternums, des rechten Handgelenks und des rechten Knies (Suva-act. 2). Der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Zeugnis vom 21. November 2007 dann zusätzlich noch Kontusionen am Hals, rezidivierende Kopfschmerzen und eine Nackenmyalgie (Suva-act. 3). Erst im ärztlichen Zwischenbericht vom 8. Februar 2008 hielt er als Diagnose auch noch ein HWS-Syndrom fest (Suva-act. 5). Im Bericht vom 27. Mai 2008 befand die Neurologin und Psychiaterin D.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitten (Suva-act. 21). Dies wohl nicht allein auf Grund der geltend gemachten Kopf- und Nackenbeschwerden sowie der Konzentrationsstörungen, sondern auch gestützt auf die Schilderung gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ am 7. Februar 2008, wonach er bei der Kollision - trotz Tragens der Sicherheitsgurte - den Kopf an der Frontscheibe angeschlagen habe (Suva-act. 7), sowie der Angabe gegenüber dem Kreisarzt über eine kurzzeitige Gedächtnislücke nach der Kollision (Suva-act. 18 S. 2). Bestätigt wurde das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) schliesslich auch von der Neuropsychologin G.\_\_\_\_ sowie von Dr. F.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer jedoch erst zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis begutachteten. Angesichts der Tatsache, dass sowohl Dr. F.\_\_\_\_ wie auch die Neuropsychologin G.\_\_\_\_ den Begriff "HWS-Distorsion" einzig in Form des "Status nach Frontalkollision mit HWS-Distorsion" aufführen, ist festzuhalten, dass es sich dabei nicht um eine eigentliche Diagnose handelt, weil diese Formulierung nur eine anamnestische Feststellung trifft und als solche keiner hinreichenden Aussage zur Kausalität entspricht (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008 i/S B. [8C\_102/2008] E. 6.3 mit Hinweis). Damit wird aber die Diagnose von Dr. B.\_\_\_\_ bezüglich einer HWS-Distorsion von keiner weiteren medizinischen Fachperson explizit gestützt. Hingegen hielt die AGU Zürich in ihrer Kurzbeurteilung vom 23. Januar 2009 die anschliessend an das Unfallereignis beim Beschwerdeführer festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde aus biomechanischer Sicht durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall sowie auch im hier vorliegenden Fall, in dem zusätzlich leichte degenerative Veränderungen beschrieben wurden, für eher erklärbar (Suva-act. 44). Auch wenn ein Anschlagen des Kopfes an der Frontscheibe, auf Grund des Austrittsberichts des Spitals Linth (Suva-act. 2) sowie angesichts der getragenen Sicherheitsgurten und des gemäss den Unfallbildern unbeschädigt gebliebenen Frontfensterrahmens (vgl. act. G 1 Beilage 4) eher als unwahrscheinlich erscheint, kann die Frage, ob der Beschwerdeführer eine schleudertraumaähnliche Verletzung, d.h. eine HWS-Distorsion und/oder ein Schädel-Hirntrauma, erlitten hat, hier offen bleiben. Denn selbst bei Bejahung wäre die Kausalität spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung auf Grund fehlender Adäquanz - wie nachfolgende Ausführungen zeigen werden - nämlich zu verneinen.

## **E. 5**

5.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt kein fassbarer pathologischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und

Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Dieses Beschwerdebild muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

5.2 Der Beschwerdeführer machte nach dem Unfall ein Schwindelgefühl (Suva-act. 18 S. 2) sowie das Auftreten von Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen geltend (Suva-act. 3, 7, 18 S. 2). Ob diese Beschwerden aber noch innerhalb der erforderlichen Latenzzeit auftraten, kann den Akten nicht entnommen werden. Die zusätzlich geklagten Konzentrations- und Durchschlafstörungen, die Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, die Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie eine gewisse Nervosität und Reizbarkeit werden dagegen erst nach einer längeren Latenzzeit in den Akten erwähnt (Suva-act. 11, 14, 18 S. 4, 21, act. G 13.1 S. 5, act. G 13.3 S. 6). Obgleich es die behandelnden Ärzte unterliessen, den Beschwerdeführer bereits kurze Zeit nach der Kollision bezüglich seiner Beschwerden eingehender, beispielsweise nach dem gängigen Dokumentationsbogen für die Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma zu befragen, ist das Vorliegen mehrerer typischer Beschwerden somit offensichtlich. Vor diesem Hintergrund ging die Beschwerdegegnerin zunächst - unabhängig von ihrem zeitlichen Eintritt - von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer HWS-Verletzung aus und anerkannte einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Anschluss an den Unfall. Nach weiteren Abklärungen befand Kreisarzt Dr. E. \_\_\_\_, nachdem er bereits im Nachtrag vom 23. Dezember 2008 festgehalten hatte, dass keine somatisch strukturellen Unfallfolgen nachgewiesen werden konnten, in der Stellungnahme vom 28. August 2009 den Endzustand für erreicht, ohne sich zur natürlichen Kausalität zu äussern. Die Beschwerdegegnerin stellte daraufhin ihre Leistungen nach Prüfung der adäquaten Kausalität per 30. September 2009 ein.

## **E. 6**

6.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt kumulativ voraus, dass zwischen dem Unfall und der eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigung die natürliche sowie die adäquate Kausalität gegeben sein muss. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt jedoch erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (EVG-Urteil vom 15. Oktober 2003 i/S P. [U 154/03], RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45).

6.2 Die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den über den 30. September 2009 hinaus geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis kann jedoch unterbleiben, wenn - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Bestehens des kumulativ vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhangs verneint werden kann (BGE 135 V 472 E. 5.1).

## E. 6.3

6.3.1 Beschwerdeweise wird geltend gemacht, die Adäquanzbeurteilung hätte ohne zusätzliche Abklärungen noch nicht erfolgen dürfen. Ohne diese Zusatzabklärungen könne die Frage, ob sie zu früh erfolgt sei, allein auf Grund der vorhandenen Akten nämlich nicht beantwortet werden. 6.3.2 Die Adäquanzprüfung hat nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen, und nicht, solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (= Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; EVG-Urteil vom 11. Februar 2004 i/S K. [U 246/03]; BGE 134 V 112 ff.). Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffs "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Der Fallabschluss durch den Unfallversicherer bedingt laut Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008 i/S G. (8C\_467/2008) E. 5.2.2.2 lediglich, dass von weiteren Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 577 S. 388 E. 3).

6.3.3 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Dezember 2008 hat der Beschwerdeführer wesentliche Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich verneint. Auf Grund belastungsabhängiger Schmerzen und einem Zittern der rechten Hand ordnete Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ auf Wunsch des Beschwerdeführers trotzdem nochmals eine Ergotherapieserie an. Im Übrigen versuchte er den Beschwerdeführer durch Erklärung der spezifischen Medikation zur weiteren Einnahme zu motivieren (Suva-act. 35 S. 4). Gemäss dem Bericht der Neurologin und Psychiaterin D.\_\_\_\_ vom 23. August 2009 existierten beim Beschwerdeführer noch zwei Problemfelder, wobei die muskulär bedingte Verspannung aktuell erfolgreich behandelt werden könne. Die vorbestehende Persönlichkeitsakzentuierung habe zu einer Verarbeitungsstörung des Traumas und reaktiv zu einer depressiven Anpassungsstörung geführt. Da der Beschwerdeführer bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung eher zurückhaltend eingestellt sei, habe man diese Problematik mittels Medikation behandelt. Auch diese Beschwerden seien im Verlauf regredient. Obgleich der Beschwerdeführer immer wieder über Konzentrationsstörungen klage, habe er seine Arbeit immer zu 100% selbständig ausführen können. Vereinbarung sei nun lediglich noch die Weiterführung physiotherapeutischer Massnahmen sowie von Konsultationen bei ihr in Abständen von zwei Monaten (Suva-act. 51). Gestützt auf diesen Bericht hielt Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 28. August 2009 fest, dass unter der indizierten Physiotherapie eine Beschwerdelinderung und damit eine Verbesserung erreicht werden konnte. Sinnvollerweise sei die Physiotherapie jedoch so rasch als möglich in ein selbständig kraftaufbauendes Heimprogramm zu überführen, wie er das bereits im Kreisarztbericht vom 22. Juli 2008 festgehalten habe. Entsprechend sollte die Instruktion eines Heimprogramms innerhalb des nächsten Monats möglich sein. Spätestens dann sei ein stabiler Zustand erreicht (Suva-act. 53). Dr. F.\_\_\_\_ empfahl demgegenüber als weitere Therapiemöglichkeiten, welche zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands führen sollten, eine Wiederaufnahme der Craniosacraltherapie und ein vorübergehendes

neuropsychologisches Coaching zur Optimierung der Arbeitstechnik (Anpassung an die kognitiven Behinderungen; act. 13.1). 6.3.4 Auch wenn Dr. F.\_\_\_\_ bei den vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands ausgeht, vermag dies vorliegend nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu überzeugen. Selbst wenn der Beschwerdeführer - nebst der Durchführung der selbständig ausgeführten kraftaufbauenden Heimprogramms - durch eine Wiederaufnahme der Craniosacraltherapie zusätzlich noch eine weitere Beschwerdelinderung erfahren sollte, ist diese kaum in einem Ausmass zu erwarten, welches das Erfordernis einer namhaften bzw. massgebenden Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfüllen würde. Somit hat die Beschwerdegegnerin den Zeitpunkt der Adäquanzprüfung nicht zu früh angesetzt.

## E. 7

7.1 Auf Grund der medizinischen Unterlagen ist nicht belegt, dass schon bald nach dem Unfall eine psychische Überlagerung stattgefunden hatte, welche das Beschwerdebild der ersten Monate nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten liess. Zwar diagnostizierte die Neurologin und Psychiaterin D.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 27. Mai 2008 beim Beschwerdeführer eine Anpassungsstörung (ICD10 F43.9) und hielt daran auch in den Folgeberichten fest (Suva-act. 21, 29, 51), jedoch scheint diese Beurteilung Dr. E.\_\_\_\_, der die Diagnose am 22. Juli 2008 mit Hinweis auf die Psychiaterin noch übernommen hatte, spätestens in seinem Bericht vom 4. Dezember 2008 nicht mehr überzeugt zu haben, da er sie hier nicht mehr erwähnte (Suva-act. 18, 35). Zudem hielt auch die Psychiaterin am 23. August 2009 fest, dass beim Beschwerdeführer sicherlich eine vorbestehende Persönlichkeitsakzentuierung bestehe, welche zu einer Verarbeitungsstörung des Traumas und einer depressiven Anpassungsstörung geführt habe, jedoch seien diese Beschwerden im Verlauf regredient (Suva-act. 51). Schliesslich konnten auch die Neuropsychologin G.\_\_\_\_ sowie Dr. F.\_\_\_\_ laut ihren Berichten vom April 2010 keine Anzeichen einer persistierenden Anpassungsstörung mehr feststellen (vgl. act. G 13.1 S. 9, act. G 13.3 S. 6). Die Adäquanz ist daher - soweit von einer entsprechenden Verletzung auszugehen ist (vgl. E. 4.2) - nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 134 V 109 zu prüfen.

7.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist nach der Schleudertrauma-Praxis im Einzelfall 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. Bei der Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2007 i/S Z. [U 2/07] E. 5.3.1) - 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 auf Grund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im 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 (BGE 134 V 126 E. 10.1). Die in die

Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien lauten: 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 (BGE 134 V 130 E. 10.3). 7.3 Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 23. Januar 2009 erfuhr das Auto des Beschwerdeführers eine Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) im Sinn einer Verlangsamung in Richtung der Fahrzeuglängsachse, die innerhalb oder oberhalb eines Bereichs von 20 - 30 km/h gelegen haben dürfte. Auf Grund dieser Krafteinwirkung - bei frontalen Kollisionen in Bezug auf die HWS ergebe sich grundsätzlich eine günstigere HWS-Belastung als bei Heckkollisionen - wies das Ereignis insgesamt ein eher erklärbares Schädigungspotential auf (Suva-act. 44). Das Bundesgericht stuft einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ein (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Als mittelschwere, aber nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend werden praxisgemäss etwa Unfälle qualifiziert, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Februar 2008 i/S M. [8C\_169/2007] E. 4.2), einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2008 i/S R. [8C\_743/2007] Sachverhalt und E. 3), mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h fuhr und der Fahrer die Kontrolle über das Fahrzeug verlor, auf das linksseitige Strassenbankett und schliesslich in den Strassengraben abkam, wobei es sich mehrere Male überschlug (Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2009 i/S M. [8C\_595/2009] E. 7.2), wie auch bei einer Frontalkollision zweier Personenwagen, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 bis 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 bis 80 km/h geschätzt wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juni 2009 i/S J. [8C\_80/2009] E. 6.1; vgl. weiterer Überblick über die Rechtsprechung im Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010 i/S H. [8C\_786/2009] E. 4.6.2). Vor diesem Hintergrund ist die Frontalkollision vom 29. Oktober 2007 nach dem hier allein massgebenden augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften ebenfalls als im engeren Sinn mittelschwer zu qualifizieren. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit nur dann zu bejahen, wenn eines der in BGE 134 V 1 26 ff. E. 10 angeführten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere dieser Kriterien in gehäufte Weise erfüllt wären (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010 i/S H. [8C\_786/2009] E. 5). 7.3.1 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind hier offensichtlich zu verneinen. Zu urteilen ist hierbei objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls des Beschwerdeführers (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2009 i/S K. [8C\_249/2009] E. 8.2 mit Hinweisen). Dem Verkehrsunfall vom 29. Oktober 2007 ist zwar eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren, er spielte sich aber weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ab, noch war er besonders eindrücklich. Der Schrecken, den der Beschwerdeführer erlitten hat, hielt sich im Rahmen des bei Unfällen Üblichen, und es waren keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung des Kriteriums gestatten würden (vgl. Hinweise im Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010 i/S H. [8C\_786/2009] E. 5.2). 7.3.2 Auch hatte der Unfall keine

schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Weder die Diagnose eines Schleudertraumas, einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS oder einer allfälligen milden traumatische Hirnverletzung genügen für sich allein für die Bejahung dieses Kriteriums (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [Urteil des EVG vom 15. März 2005 i/S C. (U 380/04)], Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010 i/S H. [8C\_786/2009] E. 5.3). Ebenso stellen die Kontusionen am Sternum, am rechten Handgelenk und am rechten Knie oder die kurzfristig geklagten Rückenbeschwerden keine schwere oder besonders geartete Verletzung dar, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. 7.3.3 Ebenfalls nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer wurde am Tag des Autounfalls lediglich ambulant behandelt. Es wurden ihm Schmerzmittel (Suva-act. 2, 3) sowie eine Halskrause verschrieben und der Hausarzt ordnete Physiotherapie (Suva-act. 3) und Ergotherapie an (Suva-act. 9). Nach einer Behandlungspause wurden sodann nochmals einige Sitzungen Physio- und Ergotherapie durchgeführt (vgl. Suva-act. 28, 35 S. 4, 53). Da Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen im Rahmen dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar 2009 i/S G. [8C\_698/2008] E. 4.4), genügen die durchgeführten Behandlungen für eine Bejahung des Kriteriums nicht. 7.3.4 Beim Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich die Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer berichtete gegenüber Dr. C. \_\_\_\_, initial kaum Schmerzen verspürt zu haben. Erst ca. zwei Tage später habe er eine starke Schwellung der rechten Hand mit begleitenden diffusen Schmerzen verspürt. Zwar habe sich die Schwellung im Lauf der Zeit zurückgebildet, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Hand würden aber weiterhin anhalten (Suva-act. 7). Während einer Suva-Besprechung gab er an, dauernd mehr oder weniger heftige Schmerzen im hinteren Kopfbereich zu verspüren, sich nicht konzentrieren zu können und vergesslich geworden zu sein. Zudem könne er die rechte Hand nur als Hilfs-Hand einsetzen, da er darin keine Kraft habe (Suva-act. 14). Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Juli 2008 schilderte er zwar eine Besserung in der rechten Hand, jedoch sei die Kraft noch immer nicht vollumfänglich zurückgekehrt. Zwischen den Mittelhandknochen habe er zudem immer wieder einschliessende Schmerzen und von Zeit zu Zeit trete ein Sensibilitätsproblem im Bereich der linken Wange ein (Suva-act. 18. S. 2). Daneben litt er auch unter Kopf- und Nackenschmerzen (Suva-act. 18 S. 2, 51). Auch wenn der Beschwerdeführer seine Arbeit sofort wieder aufgenommen hat und in der Folge keine Arbeitsunfähigkeiten ausgewiesen waren (vgl. Suva-act. 51), ist unter den gegebenen Umständen eine unfallbedingte Beeinträchtigung des Lebensalltags zu bejahen, allerdings nicht in ausgeprägter Weise. 7.3.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. 7.3.6 Für das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit ist schliesslich nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es der versicherten Person trotz solcher Anstrengungen nicht, ihre Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise wiederzuerlangen, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch

möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Vorliegend kann die Frage, ob dieses Kriterium erfüllt ist, vor dem Hintergrund, dass die behandelnden Ärzte auf Grund des stark motivierten und durch seine Selbständigkeit zur Arbeitswiederaufnahme gezwungenen Beschwerdeführers zu keiner Zeit ein Arbeitsunfähigkeitsattest ausgestellt hatten, er jedoch angab, viele Kunden verloren zu haben, da ihm sein Gesundheitszustand nicht mehr alle Arbeiten erlaubte, und er infolge von Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen beruflichen Einschränkungen unterliege (Suva-act. 14, 21, 51), offen gelassen werden. Denn selbst wenn das Kriterium bejaht werden könnte, wäre es jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise gegeben. 7.3.7 Da somit keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt, und selbst bei Bejahung der beiden Kriterien der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen die Kriterien nicht in gehäufte Weise vorliegen würden, ist die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2007 und den über den 30. September 2009 hinaus anhaltend geklagten Beschwerden zu verneinen. Die Leistungseinstellung per 30. September 2009 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 8**

Der Beschwerdeführer hat die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens aus den Bereichen Neurologie, Neuropsychologie, evtl. Psychiatrie, Neurootologie und Ophthalmologie sowie die Rückweisung zur weiteren Sachverhaltsabklärung beantragt. Vorliegend ist jedoch von einer schlüssigen und nachvollziehbaren Aktenlage auszugehen. In den einzelnen medizinischen Berichten sind keine nennenswerten Widersprüche auszumachen, sodass gestützt darauf eine zuverlässige Beurteilung allfälliger Leistungsansprüche durchaus möglich ist. Dass die Beschwerdegegnerin den Fall bei dieser Aktenlage ohne zusätzliche Abklärungen abschloss, stellt demnach keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes - oder der Abklärungspflicht nach Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) - dar. Insbesondere steht das Fehlen einer neuropsychologischen Begutachtung dem Fallabschluss ebenfalls nicht entgegen, nachdem die Akten keine Anzeichen für eine die geklagten, aber nicht objektivierbaren Beschwerden allenfalls erklärende hirnorganische Schädigung enthalten, welche in den Ergebnissen einer neuropsychologischen Testung eine Stütze finden könnte. Für sich allein sind Erkenntnisse aus neuropsychologischer Sicht rechtsprechungsgemäss ( BGE 119 V 341 ) von vornherein nicht geeignet, unfallbedingte hirnorganische Funktionsstörungen nachzuweisen. Da somit nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen würden, ist der Antrag zur Anordnung zusätzlicher Expertisen abzuweisen (vgl. dazu BGE 125 V 351 E. 3a, RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen; antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 94 E. 4b; Pra 88 Nr. 117; SVR-UV 1996 Nr. 62.211). Im Übrigen ist nicht ersichtlich, ob weitere Originalakten des Spitals Linth oder des Hausarztes Dr. B. \_\_\_ überhaupt existieren bzw. inwiefern solche Akten an den vorliegenden Ausführungen etwas zu ändern vermöchten, weshalb der diesbezüglich beantragte Beizug unterbleiben konnte. Zudem ist vor diesem Hintergrund auch der Antrag des Beschwerdeführers auf Anordnung eines Erwerbsausfallgutachtens abzulehnen.

#### **E. 9**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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