

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/27 vom 29. August 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_27

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/27 du 29 août 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/27 del 29 agosto 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Adäquate Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach einer HWS-Distorsion. Prüfung der Frage der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. August 2012, UV 2011/27).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 17. Dezember 2009 ausgerichtet wurden, auf den 28. November 2010 eingestellt werden durften oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (E. 3, 4 und 6) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden, des Anspruchs auf Rentenleistungen und Integritätsentschädigung sowie die Beweisanforderungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Im Bericht vom 13. Juli 2006 hatte der Ophthalmologe Dr. med. E.____ beim Beschwerdeführer einen Zustand nach Cataracta congenita und ein congenitales Schielsyndrom bzw. einen congenitalen Nystagmus bestätigt (UV-act. 66 Beilage). Im Bericht vom 18. November 2009 - einen Monat vor dem hier zur Diskussion stehenden Unfall - hielt Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, fest, als Diagnose sei beim Beschwerdeführer unter anderem ein Verdacht auf Status nach initialer peripherer Vestibulopathie mit Drehschwindelattacken seit März 2009 und nachfolgendem phobischem Schwindel zu stellen. Klinische Hinweise auf eine progrediente neurologische Erkrankung bestünden nicht (UV-act. 48). Nach einem ambulanten Assessment in der Rehaklinik Bellikon (Bericht vom 26. März 2010; UV-act. 28) erfolgte dort bis 26. Mai 2010 ein stationärer Aufenthalt. Dieser ergab gemäss Bericht vom 1. Juni 2010 als Diagnosen unter anderem eine HWS-Distorsion (QTF 1), ein zervikales Syndrom und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit Verdacht auf Panikattacken mit Agoraphobie und wahrscheinlich somatoformen Schmerzmechanismus. Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden; diese sei weitgehend auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden (klinisch und bildgebend) sowie Diagnosen nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei

den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die bisherige Tätigkeit als Elektromonteur sei aktuell nicht zumutbar. Eine andere leichte bis mittelschwere Arbeit ohne länger dauernde Tätigkeit über Kopfhöhe und mit nach vorne angehobenen Armen, ohne häufige Zwangshaltung im Nackenbereich und ohne Vibrationsbelastung und Schläge bezüglich der Wirbelsäule sei ganztags zumutbar. Aus psychologisch-psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine leichte bis mittlere Leistungsminderung der Arbeitsfähigkeit. Ein Wiedereinstieg sollte gestuft erfolgen. Die weitere berufliche Perspektive sei entscheidend für den Verlauf der psychischen Störung (UV-act. 40). Das psychosomatische Konsilium ergab unter anderem, dass es bereits 2008 zu einer depressiven Episode gekommen sei, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Die jeweiligen Auslöser würden dicht mit der Arbeitssituation zusammenhängen. Bereits vor dem Unfall habe es kurzfristige Schmerzzustände als Reaktion auf psychosoziale Belastungen gegeben. Der Unfall sei als Mitauslöser einer erneuten depressiven Episode bei bereits vorbestehenden Anzeichen einer psychischen Labilisierung zu betrachten (UV-act. 40 Beilage). Im Bericht über die neurootologische Untersuchung vom 25. Mai 2010 wurde unter anderem festgehalten, dass eine periphere vestibuläre Funktionsstörung sicher nicht bestehe. Bei einer wenig systematischen Anamnese ergäben sich Hinweise auf eine eher diffuse neurologische Erkrankung. Eine neurologische Abklärung/Beurteilung sei dringend angezeigt. Aus neurootologischer Sicht bestünden sicher keine Unfallfolgen, zumal das Gehör beidseits altersentsprechend absolut normal sei (UV-act. 40 Beilage).

E. 2.2

Die Psychiaterin Dr. med. G. ___ berichtete am 16. September 2010 unter anderem, da der Beschwerdeführer schon nach einer massiven Kränkung und Kündigung im Januar 2008 eine depressive Entwicklung mit suizidaler Einengung geboten habe, sei er von ihr behandelt worden. Er sei aufgrund der depressiven Symptomatik zu 100% arbeitsunfähig. Er sei für eine seinen Beschwerden angepasste Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 30% arbeitsfähig. Durch die geregelte Tagesstruktur, Physiotherapie, Psychotherapie und einen langsamen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt sei mit einer weiteren Besserung der depressiven Symptomatik zu rechnen (UV-act. 65). Dr. med. H. ___, Neurologie FMH, stellte im Bericht vom 21. September 2010 unter anderem die Diagnose eines (vorbestehenden) kongenitalen Nystagmus bzw. kongenitalen Cataractes. Es bestünden keine Hinweise für eine cerebrale Mitbeteiligung anlässlich des Unfalles. Klinisch finde sich kein Anhaltspunkt für eine intracranielle Blutung oder sonstige strukturelle Traumafolge. Aktuell sei das Cervikalsyndrom nicht massiv ausgeprägt. Die Schwindel seien vorbestehend gewesen, hätten allerdings nach dem Unfall massiv zugenommen. Sie würden nicht einer peripheren Vestibulopathie entsprechen; es bestehe teils eine orthostatische Komponente, teils lägen aber auch deutlich phobische Züge vor. Aufgrund des Unfallmechanismus und der Beschwerden und Befunde sei eine Hirnstammläsion nicht anzunehmen. Insgesamt sei in den letzten Monaten sowohl bezüglich Kopfweh als auch bezüglich Schwindel eine Besserung eingetreten. Das Ausmass der Beschwerden sei neun Monate nach dem Unfall unter Berücksichtigung der Unfallschwere vom Neurologischen her nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Der protrahierte Heilungsverlauf sei wohl nur auf dem Hintergrund erschwerender Umstände im psychosozialen Bereich zu verstehen (UV-act. 66). Kreisarzt Prof. Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt am 19. Oktober 2010 fest, therapeutische Massnahmen, die sich als Folge des erlittenen Schleudertraumas Typ 1 darstellen würden, seien in den verschiedenen Arztberichten nicht zu finden bzw. seien ohne Erfolg versucht worden. Insofern könne von

weiterer Behandlung keine Verbesserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden (UV-act. 69).

E. 3

3.1 Aufgrund der medizinischen Berichte und Gutachten hat als erstellt zu gelten, dass der Unfall vom 17. Dezember 2009 - bei vorbestehenden gesundheitlichen Problemen im internistischen, neurologischen (insbesondere arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, Vestibulopathie mit Drehschwindelattacken; vgl. UV-act. 40, 48 und 66) und psychiatrischen Bereich (psychosomatisches Konsilium UV-act. 40 Beilage; UV-act. 65) - keine somatisch-strukturellen Gesundheitsschäden an der Halswirbelsäule des Beschwerdeführers zur Folge hatte. Solche ergeben sich auch nicht aus dem ärztlichen Zeugnis der Neurologin Dr. C.____, in welchem extreme muskuläre Verspannungen im muskuloskelettalen Gebiet und eine schmerzhaft eingeschränkte HWS mit Streckfehlhaltung vermerkt wurden (act. G 7.1). Eine eigentliche somatisch-neurologische Schädigung konnte Dr. C.____ - gleich wie die Neurologin Dr. J.____ (UV-act. 66) - nicht feststellen (vgl. act. G 7.1 S. 2). Von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] E. 3.2 und 3.3). Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie vorliegend - kein fassbarer organisch-struktureller (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn 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. bestehen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss 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 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

3.2 Der Beschwerdeführer litt unmittelbar nach dem Unfall vom 17. Dezember 2009 an Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit sowie einem Taubheitsgefühl an Stirne und Kopf. Eine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke lagen - bei einem GCS (Glasgow Coma Scale) 15 - nicht vor, hingegen wurde eine Angst- und Schreckreaktion bejaht. Der erstbehandelnde Arzt B.____ vermerkte zusätzlich einen Kopfanprall an der Kopfstütze

sowie den Umstand, dass der Sitz "fast flach gelegen" und die Kopfstütze nach hinten gebogen gewesen sei. Er bestätigte sodann eine psychische Benommenheit (UV-act. 13, 14, 17, 21). Bereits relativ rasch nach dem Unfall standen psychische Einschränkungen bei erheblicher Symptomausweitung zur Diskussion (vgl. UV-act. 28). Auch psychische Einschränkungen bilden grundsätzlich Ausprägungen des typischen Beschwerdebilds nach einem HWS-Trauma. Damit ist für die Zeit nach dem Unfall ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung grundsätzlich zu bejahen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch während knapp eines Jahres ihre Leistungspflicht.

3.3 Gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (28. November 2010) bestehenden Gesundheitsstörungen um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelt, in Bezug auf die psychischen Beschwerden nicht abschliessend beantwortet werden. Diese Frage kann jedoch offen bleiben, da - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz zu verneinen ist. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 E. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 23. Mai 2006, U 5/06, E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 7.2, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007, UV 2007/24, bestätigt wurde). Bereits anlässlich eines ambulanten Assessments in der Rehaklinik Bellikon vom 17. März 2010 - rund drei Monate nach dem Unfall - zeigten sich beim Beschwerdeführer eine Angstproblematik, innere Unruhe und subdepressive Stimmungslage sowie eine erhebliche Symptomausweitung (UV-act. 28). Dies bestätigte sich während des Klinikaufenthalts vom April/Mai 2010 (UV-act. 40). Die Neurologin Dr. J. ___ verneinte im September 2010 neurologische Befunde und ging im Wesentlichen von einer Psychopathologie aus (UV-act. 66). Bei dieser Aktenlage ist als überwiegend wahrscheinlich zu erachten, dass bereits vor dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 28. November 2011 beim Beschwerdeführer eine selbständige sekundäre psychische Gesundheitsschädigung ganz im Vordergrund stand, auch wenn weiterhin körperliche Symptome vorhanden waren und (ohne Erfolg) behandelt wurden. Beim Beschwerdeführer bestanden zudem schon vor dem Unfall psychische Beschwerden, die zum Teil identisch sind mit den nach dem Unfall festgestellten Leiden (vgl. psychosomatisches Konsilium, UV-act. 40 Beilage; UV-act. 65). Die Akten vermitteln das Bild eines Versicherten, der, psychisch vorbelastet, ein Schleudertrauma der HWS erleidet und auch ein ausgeprägtes psychisches Beschwerdebild zeigt. So hat das Unfallereignis die psychische Situation verschlimmert, wobei sich diese Verschlechterung nicht als mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma der HWS eng verflochtene Entwicklung zeigt, sondern als ein durch den Unfall verschlechterter Vorzustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2007, U 52/06, E. 3.2). In Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild einer schleudertraumaähnlichen Verletzung gehörenden

Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxismässig unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 E. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung.

3.4 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt sei, da er noch in Behandlung stehe (UV-act. 81 S. 2; act. G 1). Die Berichterstatter der Rehaklinik Bellikon wiesen im Nachgang zum Aufenthalt des Beschwerdeführers vom April/Mai 2010 auf eine mässige Symptomausweitung hin. Das Leistungsverhalten sei nur fraglich gut gewesen. Der Beschwerdeführer sei kaum bereit gewesen, ein gewisses Mass an Schmerzen zu tolerieren. Die präsentierten Beschwerden und Funktionseinschränkungen seien somatisch-organisch nicht ausreichend erklärbar. Die Leistungsminderung begründeten sie ausschliesslich mit der psychischen Störung. Es wurden Blutzucker- und Blutdruckkontrollen und eine Gewichtsreduktion, ein physiotherapeutisches Heimprogramm und psychologische Gespräche als erforderlich erachtet (UV-act. 40). Bereits hier war somit zweifelhaft, ob von einer Fortsetzung der Behandlung - soweit überhaupt unfallbedingt - noch eine namhafte Besserung zu erwarten sei. Die Neurologin Dr. J. ___ wies am 21. September 2010 darauf hin, dass der protrahierte Heilungsverlauf wohl nur auf dem Hintergrund von erschwerenden Umständen im psychosozialen Bereich zu erklären sei. Die vaskulären Risikofaktoren mit dem massiven Übergewicht würden die Situation zusätzlich komplizieren. Diesbezüglich werde sich der Beschwerdeführer mit dem Hausarzt in Verbindung setzen. Die psychotherapeutische Begleitung werde weitergeführt (UV-act. 66). Kreisarzt Prof. I. ___ kam am 19. Oktober 2010 zum Schluss, dass von weiterer Behandlung keine Verbesserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden könne (UV-act. 69). Aufgrund der dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit und Möglichkeit einer eigentlichen Behandlung von somatischen Unfallfolgen mit Aussicht auf Zustandsverbesserung (vgl. dazu Urteil des EVG vom 7. Juni 2006, U 414/05, E. 4.3-4.5) über den 28. November 2010 hinaus nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Hierbei unberücksichtigt bleiben müssen die erwähnten vorbestehenden (unfallfremden) gesundheitlichen Probleme mit Behandlungsbedarf. Auch die in den Akten immer wieder angeführten Schwindelbeschwerden wurden schon vor dem Unfall ärztlich vermerkt (UV-act. 48) und sind daher als vorbestehend anzusehen. Dr. C. ___ riet sodann (unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden) von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit eher ab (act. G 7.1 S. 2) und erachtete somit eine solche im Berichtszeitpunkt als (eher) nicht realisierbar. Weiter erwähnte die Neurologin diverse Therapiemassnahmen (physiotherapeutisch und medikamentös), ohne dass sich ihrem Bericht ein mit überwiegender Wahrscheinlichkeit realisierbares Verbesserungspotential entnehmen liesse (act. G 7.1). Unter diesen Umständen lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf den 28. November 2010 die Adäquanz prüfte. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt denn auch lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Weitere medizinische Abklärungen vermöchten in dieser Situation mit im Ergebnis übereinstimmenden ärztlichen Äusserungen überwiegend wahrscheinlich zu keinen veränderten bzw. zutreffenderen Erkenntnissen zu

führen. Eine multidisziplinäre Abklärung (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.4) macht in einem Unfallversicherungsverfahren keinen Sinn, wenn bereits medizinische Abklärungen vorliegen, deren Resultate sich miteinander vereinbaren lassen, und wenn - wie vorliegend - eine gesundheitliche Chronifizierung im Wesentlichen einen psychiatrischen und/oder unfallfremden (somatisch vorbestehenden) Hintergrund hat. Unter diesen Umständen vermögen laufende Eingliederungsmassnahmen der IV - konkret die berufliche Abklärung in einer Werkstätte (UV-act. 86; act. G 18.3) - den Fallabschluss nicht zu hindern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2010, 8C_895/2009, E. 5, mit welchem der Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 8. September 2009, UV 2008/93 [vgl. dort E. 4.3 zweiter Abschnitt] bestätigt wurde).

E. 4

4.1 Der in Frage stehende Unfall vom 17. Dezember 2009 kann aufgrund des Geschehensablaufs - das Fahrzeug des Beschwerdeführers wurde, nachdem er dieses auf der Autobahn auf die Überholspur gelenkt und das Tempo verlangsamt/abgebremst hatte, von hinten von einem anderen Personenwagen gerammt (UV-act. 1, 6, 26 S. 5) - und der Verletzungen (UV-act. I/9) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995 Nr. U 215, 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3). Gemäss der Unfallanalyse des Haftpflichtversicherers vom 25. Juni 2010 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) für das Fahrzeug des Beschwerdeführers in einem Bereich von 16.5 bis 21.9 km/h; durch die dabei wirksamen Beschleunigungskräfte habe sich der Beschwerdeführer relativ zum Fahrzeug annähernd achsparallel nach hinten bewegt (UV-act. 49). In der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 26. Juli 2010 wurde sodann festgehalten, biomechanisch relevante Besonderheiten bezüglich der HWS seien nicht aktenkundig. Ein in den Akten erwähnter Kopfanprall an der Rückbank sei durchaus vorstellbar. Hinweise auf eine dadurch entstehende relevante Zusatzbelastung der HWS fänden sich jedoch nicht. Die anschliessend an das Ereignis festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung erklärbar (UV-act. 53). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (UV-act. 81; act. G 1 S. 7) - nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2010, 8C_624/2010, E. 4.1.3). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache vermöchten an dieser Einstufung nichts zu ändern. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind - auch wenn der Beschwerdeführer in Panik geriet (UV-act. 81 S. 7; act. G 1 S. 8-10) - nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist, welchem kein dramatischer oder unmittelbar lebensbedrohender Charakter zuerkannt werden kann (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.3, und vom 2. März 2005, U

309/03, E. 5.1). Bei der erlittenen HWS-Distorsion handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, hat das Bundesgericht in E. 10.2.2 von BGE 134 V 109 präzisiert, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedarf. Davon kann konkret nicht ausgegangen werden. Nicht ausgewiesen sind in diesem Kontext erhebliche Verletzungen, welche sich der Beschwerdeführer neben der HWS-Distorsion zuzog. 4.2 Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung bezüglich somatischer Verletzungen kann beim Beschwerdeführer insofern nicht gesprochen werden, als sich bei ihm durch den Unfall vom 17. Dezember 2009 keine Gesundheitsschäden organisch-struktureller Art ergaben (vorstehende E. 3.1). Die späteren ärztlichen Bemühungen führten im Wesentlichen zur Feststellung von psychischen Befunden und unfallfremden gesundheitlichen Problemen (UV-act. 65 und 66; psychosomatisches Konsilium, UV-act. 40 Beilage). Medizinische Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen stellen keine ärztliche Behandlung dar und haben daher in diesem Zusammenhang ausser Betracht zu bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2009, 8C_249/2009, E. 8.4). Sodann lagen - aus somatischer Sicht - weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen oder eine die Unfallfolgen erheblich verschlechternde ärztliche Behandlung vor. Hierzu bedürfte es besonderer Gründe, welche die Genesung (unfallbedingt) beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.6). Solche Umstände sind konkret nicht gegeben. Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden, welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind, darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Die Einnahme bzw. Verordnung von Medikamenten (act. G 1 S. 11, 12) und die Durchführung verschiedener Therapien - soweit überhaupt unfallbedingt - etwa genügen ebenso wenig zur Bejahung dieses Kriteriums wie der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdebesserung noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2010, 8C_321/2010, E. 5.2.3). Eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung ist aus den Akten ebenfalls nicht ersichtlich und auch nicht behauptet. Das weitere Kriterium des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Urteil des EVG vom 28. Januar 2004, U 34/03, E. 3.4.2); dies umso weniger, als der Beschwerdeführer im Unfallzeitpunkt ALV-Taggelder bezog. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon bejahten im Nachgang zum Aufenthalt vom April/Mai 2010 die ganztägige Einsetzbarkeit in einer adaptierten Tätigkeit (UV-act. 40). Soweit aus den ärztlichen Berichten ab 2010 eine Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, ergingen diese Einschätzungen im Wesentlichen unter Berücksichtigung der psychischen und der unfallfremden Beschwerden (UV-act. 40 und 65), die vorliegend ausser Acht bleiben müssen. Die Neurologin Dr. C. ___ erachtete eine wechselbelastende Tätigkeit zwar lediglich zu 50% als zumutbar und hielt fest, dass von einer Steigerung eher abzuraten sei (act. G 7.1). Dabei handelt es sich jedoch um eine Einschätzung einer behandelnden Ärztin, welche unter Berücksichtigung der unfallfremden (vorbestehenden) Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers vorgenommen worden war (act. G 7.1 S. 2).

Soweit eine rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit überhaupt zu bejahen ist, könnte es sich dabei (nach Ausscheidung der unfallfremden Gegebenheiten) lediglich um eine geringgradige Einschränkung handeln. Nachdem das Schmerzempfinden vorab durch die psychischen (vorbestehende depressive Entwicklung; UV-act. 65) und die unfallfremden Gegebenheiten (insbesondere arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, Schwindelanfälle; vgl. UV-act. 40, 48) beeinflusst war, kann das Kriterium von körperlichen (unfallbedingten) Dauerschmerzen nicht überwiegend wahrscheinlich bejaht werden. Dies umso weniger, als Dr. J.____ am 21. September 2010 festgehalten hatte, dass das Cervikalsyndrom aktuell nicht massiv ausgeprägt und in den letzten Monaten sowohl bezüglich Kopfweh wie auch des (vorbestehenden) Schwindels eine Besserung eingetreten sei (UV-act. 66). Der Umstand, dass Dr. C.____ später wieder "deutlich bestehende Schmerzexazerbationen" bescheinigte (act. G 7.1), macht deutlich, dass es sich konkret nicht um einen im Zeitverlauf unveränderlichen Dauerschmerz handelt. Unter diesen Umständen - bei höchstens einem geringgradig erfüllten Kriterium - muss der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden verneint werden. Dies wäre selbst dann der Fall, wenn zusätzlich das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen bejaht würde (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, E. 4.5, wonach bei schleudertraumaähnlichen Sachverhalten und mittelschwerem Unfall im eigentlichen Sinn für die Bejahung der Adäquanz mindestens drei Adäquanzkriterien gefordert werden).

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 16. März 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. . Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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