

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/56 vom 2. Juli 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-07-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_56)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/56 du 2 juillet 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/56 del 2 luglio 2013

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Adäquate Unfallkausalität von Beschwerden im Nachgang zu einer HWS-Distorsion (Auffahrunfall) sowie zwei früheren Unfällen mit HWS-Beteiligung. Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Juli 2013, UV 2012/56). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_635/2013.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 30. August 2010 ausgerichtet wurden, auf den 29. Februar 2012 eingestellt werden durften oder nicht. Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. 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, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, 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 und in BGE 134 V 109 präzisierten 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).

### **E. 2.1**

Gemäss Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen bestanden beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 24. November 2000 Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in den Rücken (UV-act. III/4). Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte im Nachgang zu diesem Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit ab 5. Februar 2001 (UV-act. III/19, III/28; vgl. auch Bericht Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, vom 9. Februar 2001, UV-act. III/25). Funktionsaufnahmen der HWS in vier Ebenen ergaben gemäss Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2001 eine leichtgradige Bewegungseinschränkung im unteren HWS-Bereich und im Übrigen regelrechte Verhältnisse (UV-act. III/26). Ein nach der Rückfallmeldung vom April 2002 vorgenommenes MRI vom 18. Juni 2002 zeigte, bis auf eine minimale Retrolisthesis von HWK5 sowie eine leicht vermehrte Lordosierung des thorakozervikalen Übergangs, eine unauffällige Darstellung der HWS mit minimaler Protrusion C4/5 und C5/6 ohne Nachweis einer Hernie und ohne Hinweis für eine Myelon- oder Nervenwurzelbeeinträchtigung (UV-act. III/31). Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ bescheinigte am 16. August 2002 eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. III/48). Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte am 26. August 2002 den Behandlungsabschluss am 3. Mai 2002 (UV-act. III/55).

### **E. 2.2**

Nach dem zweiten Unfall vom 14. Februar 2007 lagen beim Beschwerdeführer Nackenverspannungen sowie Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schwindel vor. Er erklärte, wegen des früheren Unfalls vom 24. November 2000, bis auf leichte Rückenschmerzen, die er jährlich einmal therapiert habe, sozusagen beschwerdefrei gewesen zu sein (UV-act. II/6; UV-act. II/3 und II/11). Funktionsaufnahmen der HWS in zwei Ebenen zeigten gemäss Bericht vom 26. Februar 2007, abgesehen von einer diskreten skoliotischen Fehlhaltung und diskreten Bewegungseinschränkung im unteren HWS-Bereich, eine normale Darstellung der HWS (UV-act. II/7). Ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon ergab gemäss Bericht vom 4. Mai 2007 unter anderem eine weitere Behandlungsbedürftigkeit (Physiotherapie) bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit und guter Prognose (UV-act. II/49). Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 5. Juli 2007 waren die von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung (Unfall vom 14. Februar 2007) im Normalfall eher nicht zu erklären; auch mit einem allfälligen Kopfanprall (was nicht belegt sei) blieben die Beschwerden schwierig zu erklären (UV-act. II/58). Dr. G.\_\_\_\_ bescheinigte am 31. August 2007 weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. II/67). Ein MRI der HWS vom 3. September 2007 ergab einen regelrechten Befund ohne Hinweis auf eine diskoligamentäre Läsion (UV-act. II/68). Dr. med. J.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, empfahl am 7. Januar 2008 bei weiterhin uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit eine Osteopathie-Behandlung (UV-act. II/89). Diese wurde in der Folge durchgeführt (UV-act. II/95, II/97). PD Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, bestätigte am 14. Mai 2008 einen Status nach HWS-Distorsion und ein (am ehesten unfallunabhängiges) chronisches Schmerzsyndrom der HWS und BWS ohne Hinweise auf neurologische Defizite (UV-act. II/102). Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 27. Mai 2008 fest, weitere medizinische Abklärungen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nötig. Von weiteren Therapiemassnahmen könne 1 ½ Jahre nach Unfallereignis keine wesentliche Verbesserung mehr erwartet werden. Die Befunde und Symptome seien klinisch teilweise fassbar, jedoch organisch nicht hinreichend nachweisbar (UV-act. II/106).

### **E. 2.3**

Nach dem Unfall vom 30. August 2010 ergab ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon gemäss Bericht vom 12. November 2010 die Diagnosen einer HWS-Distorsion

QTF (Quebec Task Force) II und eines zervikovertebralen Syndroms. Ein CT der HWS und der BWS vom 7. September 2010 (UV-act. I/29: keine Hinweise von posttraumatischen Veränderungen) habe keine ossären Läsionen ergeben. Es werde eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Bis dahin sei weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (UV-act. I/24). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 21. Dezember 2010 wurde nach einem einmonatigen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers die Fortführung der medizinischen Trainingstherapie empfohlen. Es sei eine mässige Symptomausweitung (expressives Schmerzverhalten, Tendenz zur Selbstlimitierung und Inkonsistenzen, katastrophisierende Kognitionen) beobachtet worden. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als sie bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Es liege mit einer leichten Anpassungsstörung (UV-act. I/36) keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Im MRI der HWS vom 25. November 2010 (UV-act. I/37) habe sich lediglich ein sehr diskretes Bandscheibenbulging auf Höhe HWK 4/5 gefunden, kein Nachweis diskoligamentärer Läsionen. Bei der neurologischen Untersuchung (UV-act. I/38) hätten keinerlei Pathologien des Nervensystems entdeckt werden können. Aus unfallkausalen Sicht sei die Arbeit am angestammten Arbeitsplatz ab 20. Dezember 2010 zu 50% zumutbar (UV-act. I/35). Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 20. Januar 2011, die 50%-Arbeitsfähigkeit habe vom Beschwerdeführer nicht realisiert werden können. Neben dem Körper sei auch die Seele verletzt. Immerhin sei er unverschuldet in drei Kollisionen verwickelt gewesen (UV-act. I/46). Am 20. März 2011 bestätigte der Arzt das Vorliegen eines mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndroms (UV-act. I/57). Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ kam hierauf am 23. März 2011 zum Schluss, dass die klinische und radiologische Abklärung vollständig durchgeführt worden sei. Durch weitere Untersuchungen seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Ein Vorzustand infolge der früheren HWS-Verletzungen liege nicht vor, da auch bei diesen beiden Unfällen keine strukturellen Läsionen verursacht worden seien. Medizinisch-theoretisch könne der Beschwerdeführer als voll arbeitsfähig beurteilt werden. Bei erreichtem Endzustand sei der Fallabschluss vorzusehen (UV-act. I/58).

#### **E. 2.4**

Dr. G.\_\_\_\_ hielt in einem Schreiben vom 5. Mai 2011 an Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital Zürich, unter anderem fest, seit dem 7. März 2011 arbeite der Beschwerdeführer "zähneknirschend" zu 100%, mit zeitweiligen tageweisen Ausfällen. Es sei ihm (dem Arzt) nicht gelungen, dem Patienten die Schwierigkeit klar zu machen, bei "fehlendem" somatischem Korrelat die Schmerzsituation schulmedizinisch zu begründen, wobei festgehalten werden müsse, dass das Beschwerdebild insgesamt gering sei und der Arbeitgeber grosse Anstrengungen mache, um den idealen Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen (UV-act. I/65). Im Unfallschein bestätigte der Arzt ab 4. April 2011 - mit Ausnahme einzelner Tage - eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/66, I/68, I/70, I/78). Im Bericht der Rheumaklinik des Universitätsspitals vom 31. Mai 2011 (interdisziplinäre Schmerzsprechstunde) wurde die Veranlassung einer Therapie bei einem manuellen

Therapeuten, die regelmässige Einnahme einer Basisanalgesie, eine Psychoreduktion und die Fortsetzung der Medizinischen Trainingstherapie empfohlen (UV-act. I/67). Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ erklärte sich am 4. Juli 2011 mit den vorgeschlagenen Therapiemassnahmen einverstanden (UV-act. I/71). Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 8. Juli 2011 fest, er erachte die Prognose für eine erfolgreiche Reintegration aufgrund des bisherigen Verlaufs mit prinzipiell schlechter Leistungsbereitschaft von Seiten des Patienten als schlecht (UV-act. I/72). N.\_\_\_\_, Bewegungswissenschaftlerin ETH, berichtete am 22. August 2011, bei einem regelmässigen und gezielten Trainingsablauf sollte innerhalb der nächsten vier Wochen eine Verbesserung der muskulären Problematik erkennbar sein; andernfalls sei das Vorgehen nochmals zu diskutieren (UV-act. I/79). Am 6. und 12. Oktober 2011 berichtete die Bewegungswissenschaftlerin, dass sie die Therapie und das Training mit dem Beschwerdeführer beenden werde. Trotz intensiver trainingstherapeutischer Intervention und begleitender Einzeltherapie beklage er eine Zunahme der Beschwerdesymptomatik. Die Schmerz- und vorzeitige Erschöpfungssymptomatik sei nur schwer nachvollziehbar (UV-act. I/83, I/84). Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis auf Ende Oktober 2011 (UV-act. I/88). Im Bericht der Rheumaklinik des Universitätsspitals vom 19. Januar 2012 wurde unter anderem festgehalten, in den Nachkontrollen habe sich keinerlei Verbesserung der Symptomatik gezeigt. Medizinische Trainingstherapie sowie Chiropraktikerbesuche, Physiotherapie mit Massage und Tens seien ohne Ansprechen der Symptomatik geblieben. Die im Bericht vom 1. Juni 2011 empfohlenen Massnahmen seien bisher nur unvollständig umgesetzt worden. Dem Patienten sei eine analgetische Therapie (Schmerzmittel) empfohlen worden. Aktuell seien keine weiteren Kontrollen geplant (UV-act. I/98). In der Stellungnahme vom 19. März 2012 führte Dr. G.\_\_\_\_ unter anderem aus, er erachte ab 1. März 2012 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit Heben von eher leichten Lasten als gegeben. Es sei unmöglich festzustellen, ob die in der Rheumaklinik beschriebenen Befunde unfallkausal oder unfallfremd seien. Es seien ausgiebige, qualitativ hochstehende und teure Untersuchungen durchgeführt worden. Wenn ein Mensch unverschuldet in einen Unfall verwickelt sei, dürfe das psychologische Moment nicht unterschätzt werden. Neben dem Körper sei auch die Seele verletzt. Beim Beschwerdeführer sei der Wunsch nach Wiedergutmachung (in irgendeiner Art und Weise) zu spüren. Es sei der falsche Weg, sich in immer weitere Abklärungen zu stürzen. Dem Beschwerdeführer könne zugemutet werden, einer adaptierten Arbeit zu 100% auch mit Restbeschwerden nachzugehen (UV-act. I/108 Beilage).

### **E. 3.1**

Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische Ergebnisse zu Tage. Der hinreichende Nachweis für ein klar fassbares organisches Korrelat für die im Zusammenhang mit einer Distorsion der HWS oder einer äquivalenten Verletzung geklagten Beschwerden bzw. die Organizität des Beschwerdebilds vermag damit allerdings nicht erbracht zu werden (Entscheid des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, U 479/05, E.5.4 mit Hinweis auf Entscheid des EVG vom 6. November 2006, U 444/05, E.5.2). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann praxisgemäss 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, 8C\_124/2008, mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U13/07, E. 3.2 und 3.3). - Im vorliegenden Fall zeigten die medizinischen Abklärungen keine durch den Unfall vom 30. August 2010 bedingten organisch-strukturellen Befunde (vgl. UV-act. I/29, I/35, I/37, I/38). Aus dem Bericht des Universitätsspitals vom 31. Mai 2011 (UV-act. I/67) sind entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 7 Ziff. 1 und 2) keine solchen Befunde ersichtlich. Auch die Unfälle von 2000 und 2007 hatten im Übrigen keine somatisch-organischen Befunde ergeben (UV-act. III/26, III/31, II/7, II/68, II/102).

### **E. 3.2**

Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer organischer (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. vorliegen (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 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, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005, U 312/05) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

### **E. 3.3**

Nach dem Unfall vom 30. August 2010 vermerkte Dr. G. \_\_\_ am 31. August 2010 im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma, dass sich beim Unfall bei gerader Kopfstellung kein Kopfanprall ergeben habe. Der Beschwerdeführer gab Kopf- und Nackenschmerzen sowie Hör- und Schlafstörungen an. Hinsichtlich des Nackens hätten vor dem Unfall keine behandlungsbedürftigen Beschwerden bestanden; hinsichtlich des Rückens seien gelegentliche Behandlungen erfolgt (UV-act. I/2). Diese Angaben wurden am 20. September 2010 im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen bestätigt, wobei zusätzlich noch BWS-Beschwerden angegeben und als Vorzustand Nacken-, Kopf-, Schulter- und Rückenbeschwerden vermerkt wurden (UV-act. I/6). Angesichts dieser Aktenlage kann vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds unmittelbar nach dem Unfall gesprochen werden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers bis zum 29. Februar 2012.

#### **E. 4.1**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss jedoch nicht der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

#### **E. 4.2**

Aufgrund der in E. 2 dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob die nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (29. Februar 2012) weiter bestehenden Gesundheitsstörungen noch als natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls anzusehen oder auf den Vorzustand zurückzuführen sind, mangels eindeutiger und übereinstimmender ärztlicher Aussagen nicht abschliessend beantwortet werden. Eine weitere Abklärung des natürlichen Zusammenhangs erübrigt sich jedoch, weil es - wie nachstehend zu zeigen sein wird - an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt. In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass die Unfallversicherer bei Schleudertrauma-Unfällen die Versicherungsleistungen - ohne Prüfung der adäquaten Unfallkausalität - bis zum Behandlungsabschluss einstweilen erbringen. Die spätere Prüfung der adäquaten Unfallkausalität setzt den medizinischen Behandlungsabschluss voraus bzw. kann ohne Vorliegen desselben nicht erfolgen (vgl. dazu nachstehend E. 4.3). Angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien zu beurteilen und dabei auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, kann doch nach Lage der Akten in der Zeit bis Ende Februar 2012 und auch danach eine Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a) beim Beschwerdeführer nicht als nachgewiesen gelten.

#### **E. 4.3.1**

Zu prüfen ist, ob am 29. Februar 2012 noch eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit vorlag bzw. ob von einem Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109 E. 4) - ausgegangen werden durfte. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt dabei 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.). Für die Annahme eines Andauerns der Behandlungskostenübernahme genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine

unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, S. 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145).

#### **E. 4.3.2**

Nachdem von Seiten der Rehaklinik Bellikon im Dezember 2010 die Fortführung der medizinischen Trainingstherapie als erforderlich bezeichnet und auf eine Tendenz des Beschwerdeführers zur Selbstlimitierung hingewiesen worden war (UV-act. I/35), empfahlen die Ärzte der Rheumaklinik des Universitätsspitals Ende Mai 2011 diverse therapeutische Massnahmen (insbesondere manuelle und analgetische Therapie und medizinische Trainingstherapie; UV-act. I/67). Der Kreisarzt erklärte sich mit deren Durchführung einverstanden (UV-act. I/71), worauf die Bewegungswissenschaftlerin N.\_\_\_\_ als Behandlungsergebnis im Oktober 2011 unter anderem festhielt, trotz Anpassung und Optimierung des medizinischen Trainingsprogramms sowie einer objektivierbaren Regredienz der muskulären Verspannungen berichte der Beschwerdeführer über eine Verschlimmerung der Symptomatik. Deshalb und aufgrund der deutlich vorhandenen Selbstlimitierung habe sie dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass sie eine Fortsetzung des Trainings nicht als sinnvoll erachte (UV-act. I/83, I/84). Von Seiten der Rheumaklinik des Universitätsspitals wurde am 19. Januar 2012 bestätigt, dass sich anlässlich der Nachkontrollen keinerlei Verbesserungen gezeigt hätten bzw. die Symptomatik auf entsprechende Massnahmen nicht angesprochen habe. Sie empfahlen die Weiterführung der analgetischen Therapie mit Schmerzmitteln (UV-act. I/98). Der geschilderte Sachverhalt spricht klar dafür, dass per 29. Februar 2012 von den Unfallfolgen her zu Recht von einem Behandlungsabschluss im vorerwähnten Sinn ausgegangen werden durfte und weitere Therapien lediglich der Aufrechterhaltung des Erreichten bzw. der Schmerzlinderung dienten oder unfallfremde Gegebenheiten betrafen. Zu einer anderen Schlussfolgerung vermögen auch die vom Beschwerdeführer in diesem Verfahren eingereichten Schreiben der Klinik(en) Valens vom 23. Januar und 5. März 2013 (Kostengutsprache gesuche für eine stationäre Rehabilitation) nicht zu führen. Dort werden im Wesentlichen therapierefraktäre und damit einer Verbesserung nicht zugängliche bzw. chronifizierte zervikozephal und zervikothorakale Beschwerden angeführt und eine Schmerzlinderung durch weitere Behandlung in Aussicht gestellt (act. G 20.1/1, G 24.1). Wenn in den erwähnten Schreiben eine erneute stationäre Rehabilitation als erforderlich erachtet wurde, so ist festzuhalten, dass der nach dem Unfall vom 30. August 2010 durchgeführte stationäre Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon keine Ergebnisse zeitigte und bereits damals die Selbstlimitierung und mangelnde Leistungsbereitschaft zu Tage trat (UV-act. I/35), welche sich später bestätigte (UV-act. I/72, I/83, I/84). Ein Verbesserungspotential durch weitere (stationäre) Behandlung ist beim dargelegten Sachverhalt nicht dargetan. Von einer interdisziplinären Begutachtung im Sinn einer Gesamtschau (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.2.4) kann vor dem geschilderten Hintergrund ebenfalls abgesehen werden, zumal der Beschwerdeführer neurologisch (UV-act. I/38) und psychiatrisch (UV-act. I/36) abgeklärt wurde (vgl. auch Stellungnahme Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. März 2012; UV-act. I/108 Beilage). Sodann bedarf es nicht zwingend eines poly-/interdisziplinären Gutachtens für die Klärung von bei der

Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchenden Problemen, wenn - wie hier - Berichte von Ärzten verschiedener in Betracht fallender Fachrichtungen vorliegen, welche eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008, 8C\_527/2008, E. 3.2.2).

### **E. 5.1**

Zu prüfen bleibt die adäquate Unfallkausalität. Bei der in Frage stehenden Auffahrkollision vom 30. August 2010 (UV-act. I/1, I/43, I/45) ist - auch angesichts der Sachschäden am Fahrzeug des Beschwerdeführers (UV-act. I/16) und der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h (UV-act. I/51) - praxisgemäss von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Diese Qualifikation dürfte im Übrigen auch für die - hier abgesehen von der noch zu prüfenden Frage der besonderen Verletzung (wiederholte Einwirkung auf die HWS) nicht zur Diskussion stehenden - früheren Ereignisse von 2000 und 2007 gegolten haben (vgl. UV-act. III/5, III/13 sowie II/6, II/43 und II/58). Ausgehend von der erwähnten Qualifikation ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs dann zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b).

### **E. 5.2**

Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann konkret nicht gesprochen werden. Die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas vermag die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Konkret kann nicht von einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden ausgegangen werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.2 mit Hinweisen). Auch wenn das Beschleunigungstrauma auf eine HWS traf, welche bereits von zwei früheren Unfällen betroffen war, kann - bei fehlender somatisch-struktureller Schädigung der HWS durch die früheren Unfälle (vorstehende E. 3.1 mit Hinweis auf UV-act. III/26, III/31, II/7, II/68, II/102) und uneingeschränkter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall vom August 2010 - grundsätzlich nicht von einer Verletzung besonderer Art ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008, 8C\_542/2008, E. 5.3). Soweit im Zeitpunkt des Ereignisses vom 30. August 2010 noch Restbeschwerden des Ereignisses von 2007 vorlagen, liesse sich die besondere Art der Verletzung - im Sinn einer wiederholten Betroffenheit desselben Körperteils - im Ansatz dennoch (in geringem Umfang) bejahen (vgl. Urteil des EVG vom 26. April 2006, U 39/04, E. 3.3.2). In der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 26. Januar 2011 wurde denn auch festgehalten, an biomechanischen Besonderheiten seien frühere Unfälle mit HWS-Distorsion zu berücksichtigen. Nicht ganz eindeutig sei, ob kurz vor dem Ereignis vom 30. August 2010 noch Beschwerden bestanden hätten. Im Dokumentationsbogen werde dies verneint. Allgemein könne festgehalten werden, dass aus biomechanischer Sicht jedes Organ, welches anschliessend an eine frühere Belastung Beschwerden verursacht habe, bei einer späteren Belastung sensibler reagiere, auch wenn die Beschwerden zur Zeit des erneuten

Ereignisses abgeklungen gewesen seien. Daher sei konkret von einer Abweichung vom Normalfall auszugehen. Die anschliessend an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar; bei Berücksichtigung der erwähnten Abweichungen vom Normalfall ergäben sich aber Erklärungsmöglichkeiten (UV-act. I/51).

### **E. 5.3**

Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 30. August 2010 in ärztlicher/physiotherapeutischer und medikamentöser Behandlung sowie medizinischer Trainingstherapie stand. Im November/Dezember 2010 war ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon erfolgt. Diese Massnahmen führten nach seinen eigenen Angaben und derjenigen der behandelnden Personen zu keiner andauernden (vollständigen) Beschwerdebesserung (UV-act. I/5, I/12, I/35, I/42, I/56, I/72, I/83, I/84, I/98). In Anbetracht der Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung - unbestritten (act. G 7 S. 5 lit. c) - nicht als belegt gelten, zumal reine Abklärungsmassnahmen hier ausser Betracht zu bleiben haben (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juli 2008, 8C\_415/2007, E. 7.3). Die durchgeführten Behandlungen bewegten sich in einem nach HWS-Distorsionen üblichen Umfang, bei welchem die bundesgerichtliche Rechtsprechung das Kriterium in der Regel verneint (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C\_500/2007, E. 5.4, vom 8. August 2008, 8C\_144/2008, E. 7.3, vom 22. August 2008, 8C\_266/2008, E. 4.2.4, und vom 30. Oktober 2009, 8C\_488/2009, E. 5.2.2).

### **E. 5.4**

Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer schilderte im Dezember 2010 anlässlich der Behandlung in der Rehaklinik Bellikon bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen und eine leichte Bewegungseinschränkung in der HWS sowie Kopfweh und Durchschlafstörungen (UV-act. I/35). Dr. G.\_\_\_\_ ging in einem Schreiben vom 5. Mai 2011 von einem insgesamt geringen Beschwerdebild aus (UV-act. I/65). Im Bericht vom 18. Dezember 2012 betreffend Arbeitssituation im O.\_\_\_\_ wurden unter anderem die Schmerzangaben des Beschwerdeführers festgehalten und vermerkt, dass diese unabhängig von der Arbeitsposition seien (act. G 20.1/4). Zu berücksichtigen sind auch hier die in den Akten zuvor immer wieder bestätigten Selbstlimitierungen und Inkonsistenzen (UV-act. I/35, I/72, I/83, I/84). Das Kriterium von dauerhaften (ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden) und erheblichen Beschwerden kann bei diesem Sachverhalt nicht als belegt gelten. Sodann lassen sich ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann bejahen, wenn die angewendeten Therapien nicht zu gänzlicher Schmerzfreiheit führen. Hingegen vermag die vom Beschwerdeführer angeführte Tatsache, dass es zu einem erneuten Unfall mit schleppendem Heilverlauf gekommen sei (act. G 7 S. 5 lit. f), mit Blick auf das von ihm angeführte Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2012, 8C\_150/2011, E. 9.2.7, unter Umständen einen schwierigen Heilungsverlauf bzw. erhebliche Komplikationen zu begründen, weshalb das Kriterium in der einfachen Form als erfüllt

gelten kann. Hingegen kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, nicht die Rede sein.

### **E. 5.5**

Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und ähnlichen Verletzungen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung so rasch wie möglich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). Nachdem die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Dezember 2010 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar erachtet hatten (UV-act. I/35), berichtete Dr. G.\_\_\_\_, dass diese vom Beschwerdeführer nicht habe realisiert werden können (UV-act. I/46). In einem E-Mail vom 27. Oktober 2011 erklärte sich Dr. G.\_\_\_\_ mit dem Standpunkt des Suva-Sachbearbeiters einverstanden, wonach dem Beschwerdeführer ein adaptierter Einsatz als Hilfsarbeiter zumutbar wäre. Er habe ihm geraten, sich auf einen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt vorzubereiten (UV-act. I/90, I/91). Im Unfallschein bescheinigte der Arzt ab 1. November 2011 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (UV-act. I/95). Am 19. März 2012 führte Dr. G.\_\_\_\_ unter anderem aus, dem Beschwerdeführer könne zugemutet werden, einer adaptierten Arbeit zu 100% auch mit Restbeschwerden nachzugehen (UV-act. I/108 Beilage). Angesichts dieser Arbeitsfähigkeits-Entwicklung lässt sich eine erhebliche (rein unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit im Einstellungszeitpunkt nicht bejahen, womit auf Art und Umfang der Wiedereingliederungsbemühungen nicht eingegangen zu werden braucht.

### **E. 5.6**

Unter diesen Umständen können - mit geringer Ausprägung - lediglich die Kriterien der besonderen Art der Verletzung und des schwierigen Heilungsverlaufs bzw. der erheblichen Komplikationen als erfüllt gelten, womit dem streitigen Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 29. Februar 2012 hinaus andauernden Beschwerden zukommt. Selbst bei drei geringgradig erfüllten Kriterien wird die Adäquanz bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen praxisgemäss vom Bundesgericht verneint (Urteil vom 31. Juli 2009, 8C\_172/2009, E. 5.3.5 mit Hinweisen). Die Einstellung der Leistungen auf den 29. Februar 2012 erweist sich demgemäss als rechtmässig. Mangels adäquater Unfallkausalität kann auch der Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zur Diskussion stehen.

### **E. 6**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 8. Mai 2012 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. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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