

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/76 vom 7. August 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_76](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_76)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/76 du 7 août 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/76 del 7 agosto 2013

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von Beschwerden nach schleudertraumaähnlicher Verletzung. Frage der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. August 2013, UV 2012/76).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nach Art. 58 Abs. 2 ATSG ist für das erstinstanzliche Rechtspflegeverfahren im Bereich des Sozialversicherungsrechts des Bundes das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz der versicherten Person befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat, wenn sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland befindet; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat. Der Beschwerdeführer war im Unfallzeitpunkt bei einer Arbeitgeberin mit Sitz im Kanton St. Gallen angestellt. Er war vom 5. Juli 2010 bis 3. April 2011 gemeldet und zog danach wieder nach Deutschland (act. G 10.2). Die örtliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts ist damit gegeben. - In materieller Hinsicht streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 5. Juli 2010 erbrachten Leistungen auf den 1. Februar 2012 zu Recht einstellte oder nicht. Sie legte im angefochtenen Entscheid (E. 1, 3a, 4a und 5a) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung sowie die Beweisanforderungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

### **E. 2.1**

Ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon ergab gemäss Bericht vom 26. November 2010 als aktuelle Probleme des Beschwerdeführers Schmerzen im Schulter-/Nackebereich, Kopfschmerzen, diffuse Schwindelepisoden, Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, subjektive Störung von Konzentration, Kribbelparästhesien in den Händen und einen Tinnitus beidseits. Insgesamt hätten ein adäquates Schmerzverhalten und gute Leistungsbereitschaft bestanden (UV-act. 59). Dr. med. G. \_\_\_\_, Fachärztin für HNO-Heilkunde, bestätigte am 28. Februar 2011 das Vorliegen eines beidseitigen Tieftontinnitus (UV-act. 85). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis auf Anfang April 2011 auf (UV-act. 86). Eine Upright-MRT-Untersuchung durch Dr. med. C. \_\_\_\_, ergab gemäss Bericht vom 18. März 2011 unter anderem einen hochgradigen Verdacht, dass es im densnahen Ansatzbereich/mittleren Verlauf des linken Ligamentum alare zu einer Partialruptur

gekommen sei. Die Befundkonstellation im Bereich der Kopfgelenke sei durchaus mit einem posttraumatischen Residuum bei Zustand nach Schleuderverletzung in der Kopf-Hals-Region vereinbar (UV-act. 90, 95). Dr. med. H.\_\_\_\_ berichtete am 22. März 2011, es handle sich um eine posttraumatische Vertigo, welche atiologisch nicht sicher zuzuordnen sei. Für eine relevante axonale radikuläre Schädigung habe sich kein sicherer Hinweis ergeben. Offensichtlich sei es im Verlauf zu einer erheblichen Chronifizierung gekommen. Eine medikamentöse Therapie und physiotherapeutische Betreuung sei indiziert (UV-act. 92). Dr. med. I.\_\_\_\_, Chirurgie/Orthopädie & Unfallchirurgie, empfahl im Bericht vom 29. April 2011 die Fortführung der Physiotherapie und Mitbeurteilung durch HNO und Neurologie (UV-act. 109). Dr. med. Ch. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie, diagnostizierte am 27. Juni 2011 eine Atlasgefügestörung nach Schleudertrauma, eine Teilruptur des ligamentum alare, eine chronische cranio-cervikale Instabilität und eine Psoriasis Arthritis (UV-act. 118). Der Suva-Kreisarzt erachtete die Brillenversorgung des Beschwerdeführers und die Psoriasis Arthritis am 1. Juli 2011 als in keinem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 5. Juli 2010 stehend (UV-act. 120, 122). Am 27. Juli 2011 bescheinigte Dr. J.\_\_\_\_ eine seit dem Unfall andauernde volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 123). In der kreisärztlichen Beurteilung vom 5. Oktober 2011 kam Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, zum Schluss, subjektiv würden belastungsabhängige Beschwerden, verminderte Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, Einschlafen der Hände und eine depressive Stimmungslage persistieren. Klinisch objektivierbar fänden sich bei der aktuellen Untersuchung somatisch eine leichte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und eine Verspannung der Paravertebral-Muskulatur im BWS-Bereich (UV-act. 135).

## **E. 2.2**

Der Neurologe PD Dr. med. K.\_\_\_\_ berichtete am 28. September 2011, dass keine neurologischen Ausfälle bestünden. Die elektrophysiologischen Untersuchungen seien unauffällig. Es bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung infolge des schweren Verkehrsunfalls. Diese sollte psychotherapeutisch behandelt werden. Bezüglich der HWS habe er keine zusätzlichen Therapieansätze (UV-act. 137). Ein an der Uniklinik Balgrist am 28. Oktober 2011 durchgeführtes MRI der HWS zeigte gemäss Bericht von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ eine leichte Diskusprotrusion C4/C5 und im Übrigen einen unauffälligen Befund. Aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungstechnik sei ein Vergleich mit der Voruntersuchung (fMRI) nur bedingt möglich. Eine eindeutige Pathologie sei nicht abgrenzbar (UV-act. 144). Am 21. November 2011 hielt Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ ergänzend fest, bildgebend seien in der aktuellen Untersuchung keine Unfallfolgen mehr nachweisbar. Die vom Patienten geklagte Sensibilitätsstörung der gesamten linken oberen Extremität sei aus chirurgisch-rheumatologischer Sicht nicht erklärbar. Eine neurale Kompromittierung sei aufgrund des aktuellen MRI im HWS-Bereich ausgeschlossen. Die enggradige Bewegungseinschränkung der HWS sei durch die Bildgebung nicht objektivierbar. Die paravertebrale Verspannung im Bereich der BWS könne nach mehr als 15 Monaten nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallbedingt angesehen werden, da insbesondere die Muskulatur unauffällig sei (UV-act. 149). Dr. J.\_\_\_\_ bestätigte am 23. November 2011 die im früheren Bericht bescheinigten Diagnosen und hielt fest, ein gezieltes muskuläres Koordinations- und Stabilisationstraining sei indiziert (UV-act. 152). Der Neurologe Dr. med. L.\_\_\_\_ diagnostizierte am 1. Dezember 2011 schwerwiegende, ernsthafte Folgen eines unverschuldeten massiven Verkehrsunfalls mit Schleuderverletzung der HWS und davon abhängigen neurologischen Störungen, insbesondere eine Wurzelläsion C7 bzw. eine traumatische Myelopathie, einen traumatischen

Bandscheibenschaden mit einer L5-Läsion rechts und traumaabhängiger schwerer Schädigung der Kopfgelenke mit einem abhängigen tanzenden Dens, eine traumaabhängige Vertebralis-Basilarisinsuffizienz und den Ausschluss einer psychosomatischen Erkrankung. Er empfahl osteopathische Massnahmen, Medikation und physikalische Massnahmen für die LWS (UV-act. 163). Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und psychotherapeutische Medizin, berichtete am 3. Januar 2012, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 11. Oktober 2011. Es lägen eine ängstliche Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Flashbacks und Alpträume vor. Es sei eine posttraumatische Belastungsstörung nach Autounfall zu diagnostizieren. Bei Einsatz psychotherapeutischer Methoden sei die Prognose als günstig einzuschätzen. Die körperliche Genesung sei jedoch eine wesentliche Vorbedingung für die psychische Genesung (UV-act. 186). Am 7. Januar 2012 vermerkte Dr. L.\_\_\_\_ ergänzend, dass die Untersuchungen in der Klinik Balgrist nur mit einer herkömmlichen MRT der HWS erfolgt und keine MRT-Aufnahme mit Upright-Technik durchgeführt worden sei. Die in der Klinik Balgrist erhobenen Befunde seien daher absolut wertlos (UV-act. 191).

### **E. 2.3**

Am 27. Januar 2012 nahm Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ zum Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2011 Stellung. Dr. L.\_\_\_\_ beschreibe eine zervikale Wurzelläsion C7 bzw. eine entsprechende traumatische Myelopathie. Sodann beschreibe er normale motorische und sensible Nervenleitgeschwindigkeiten im Elektromyogramm und schliesse ein Wurzelkompressionssyndrom derzeit mit Sicherheit aus. Er habe eine extrakranielle Dopplersonographie durchgeführt und eine Minderdurchblutung der linken Vertebralarterie und der Basilaris-arterie gefunden. Für eine traumatisch bedingte Einschränkung ergebe sich keinerlei Anhalt. Es sei indessen bekannt, dass insbesondere die Vertebralarterien oft unterschiedlich angelegt seien, so dass eine Hypoplasie einer Vertebralarterie nichts Ungewöhnliches sei. Eine Evidenz, dass hier eine unfallbedingte Schädigung vorliege, existiere nicht. Wenn Dr. L.\_\_\_\_ sowohl eine kraniale als auch zervikale Läsion vermute und diese "mutmasslich im Zusammenhang mit dem schweren Auffahrunfall" sehe, handle es sich um eine Spekulation, die nicht weiter zu objektivieren sei. Die Wertigkeit der Upright-Kernspintomographie sei Gegenstand der Diskussion. Es gebe jedoch keinerlei Grund, die von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Befunde in irgendeiner Weise anzuzweifeln; seine radiologische Expertise sei höher zu gewichten als diejenige von Dr. L.\_\_\_\_, der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sei. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde seien keine strukturelle Unfallfolgen nachgewiesen (UV-act. 193). Im Bericht vom 9. Februar 2012 verwies Dr. L.\_\_\_\_ auf seine bisherigen Darlegungen. Es könne keine Rede davon sein, dass die Aussagen von Prof. D.\_\_\_\_, die wesentliche Untersuchungen (Upright-MRI) nicht beinhalten würden, den seinigen überlegen seien. Er könne es nicht hinnehmen, dass die Beschwerdegegnerin sich auf Befunde von Radiologen und eines Neurologen beziehe, die nicht den modernen medizinisch-rechtlichen Anforderungen an Aussagekraft entsprechen würden (UV-act. 197). Dr. J.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 29. Februar 2012 unter anderem fest, im Rahmen des Unfallgeschehens sei es zu einer substantiellen MRT-technisch objektivierten Schädigung des craniozervikalen Übergangs mit Instabilitätszeichen gekommen. Vor dem Unfall habe sich der Patient nicht in Behandlung befunden. Er befinde sich nicht in einer Wohlfühl-Wellnesstherapie, sondern in einer intensiven Rehabilitationsphase mit schwankenden Erfolgen. Eine Einstellung der Zahlungen bezüglich der notwendigen therapeutischen und diagnostischen Konsequenzen sei nicht begründet und nachvollziehbar (UV-act. 198).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer lässt beantragen, die kreisärztlichen Berichte sowie der Bericht von Prof. D.\_\_\_\_, Uniklinik Balgrist, vom 28. Oktober 2011 (UV-act. 144) seien wegen fehlender Unterschrift aus den Akten zu entfernen. - Im erwähnten Bericht vom 28. Oktober 2011 findet sich im Unterschriftenbereich der Hinweis, dass der Befund elektronisch visiert und auch ohne Unterschrift gültig sei (UV-act. 144). Ebenfalls elektronisch visiert wurde der kreisärztliche Bericht vom 21. November 2011 (vgl. UV-act. 149 S. 2 unten). Von der Authentizität der Berichte ist damit ohne Weiteres auszugehen, zumal gegenteilige Anhaltspunkte weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht werden noch aus den Akten ersichtlich sind. Die Beschwerdegegnerin wies sodann darauf hin, dass die Unfalldossiers elektronisch angelegt und keine Dossiers mit physischen Originalen mehr geführt würden (act. G 13). Ein Anlass, die erwähnten Berichte aus den Akten zu entfernen bzw. ihnen die Beweistauglichkeit abzuspochen, liegt damit nicht vor.

### **E. 3.2.1**

Funktionale Magnetresonanztomographie-Aufnahmen (fMRT) können zwar einen bestehenden Gesundheitsschaden als solchen durchaus zuverlässig aufzeigen, sofern die Bildqualität stimmt. Die Ergebnisse von funktionalen MRI-Aufnahmen werden in diesem Sinn - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 6) - von der Rechtsprechung auch nicht per se ausgeschlossen bzw. verdrängt (vgl. dazu explizit BGE 134 V 109 E. 7.2). Nach der Rechtsprechung gelten jedoch fMRT-Untersuchungen (funktionale Aufnahmen) nicht als geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008 i/S K. [8C\_152/2007 = BGE 134 V 231] E. 5; Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 8C\_310/2011, E. 4.2). Weder aus den durchgeführten Röntgen- und MRI-Abklärungen der HWS (vgl. UV-act. 25, 59 S. 1, 144) noch aus dem Upright-MRI der HWS vom 18. März 2011, welches unter anderem ergab, dass die Befundkonstellation im Bereich der Kopfgelenke "durchaus mit einem posttraumatischen Residuum bei Zustand nach Schleuderverletzung in der Kopf-Hals-Region vereinbar" sei (UV-act. 90, 95), lässt sich überwiegend wahrscheinlich auf das Vorhandensein von unfallbedingten Strukturläsionen schliessen, welche überwiegend wahrscheinlich als Ursache für die nach dem 1. Februar 2012 geklagten Beschwerden gelten könnten. Die Bemerkung von Prof. D.\_\_\_\_, dass aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungstechnik ein Vergleich mit der Voruntersuchung nur bedingt möglich sei (UV-act. 144), ändert an der fehlenden Objektivierbarkeit von Unfallfolgen nichts. Die erwähnte Schlussfolgerung in BGE 134 V 231 hat nicht den Hintergrund einer Verdrängung von medizinischen Erkenntnissen, sondern beruht darauf, dass die im erwähnten Upright-MRI angeführten Strukturveränderungen konkret zwar eine gesundheitliche Schädigung zu belegen vermögen, nicht jedoch den kausalen Zusammenhang zwischen der Schädigung und dem acht Monate früher aufgetretenen Unfallereignis. Dieser Beweis wäre allenfalls unter der Voraussetzung des Vorliegens von fMRT-Aufnahmen unmittelbar vor und nach dem Unfall - und daraus resultierender Vergleichbarkeit der Bilder - näher zu diskutieren. Diese Bedingung ist jedoch hier nicht gegeben. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch die Feststellung von Prof. D.\_\_\_\_, wonach eine eindeutige Pathologie nicht abgrenzbar sei (UV-act. 144) sowie diejenige von Dr. H.\_\_\_\_, wonach sich für eine relevante axonale Schädigung kein sicherer Hinweis ergeben habe (UV-act. 92). Der Neurologe Dr. K.\_\_\_\_ verneinte im Weiteren neurologische Ausfälle und bezeichnete die elektrophysiologischen

Untersuchungen als unauffällig (UV-act. 137). Die Berichte von Prof. D.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ brauchen unter diesen beweismässigen Voraussetzungen nicht inhaltlich bzw. beweisrechtlich gegeneinander abgewogen zu werden (vgl. UV-act. 197), zumal daraus zur Frage der Unfallkausalität keine überwiegend wahrscheinlich zutreffende Antwort resultieren würde. Die blosser Vereinbarkeit der festgestellten fMRI-Befunde mit einem posttraumatischen Residuum bei Zustand nach Schleuderverletzung (UV-act. 90) genügt für den überwiegend wahrscheinlichen Nachweis von Folgen des hier in Frage stehenden Ereignisses nicht.

### **E. 3.2.2**

Sodann vermag der Umstand, dass das Gerät "Fonar Upright-MRI" die gesetzlichen Anforderungen zur Durchführung von Untersuchungen erfüllt und die Genehmigung zur Durchführung der kernspintomographischen Abklärung vom zuständigen Unfallversicherungsträger erteilt worden war (Schreiben Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. September 2012; act. G 1 Beilage 4), den Beweis einer Unfallkausalität von strukturellen Schäden nicht zu leisten. Der Beschwerdegegnerin kann bei diesem Sachverhalt auch nicht vorgeworfen werden, sie habe das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers und den Untersuchungsgrundsatz verletzt (vgl. act. G 1 S. 7). Nachdem wie dargelegt die Tauglichkeit der (funktionalen) Upright-Kernspintomographie-Methode als solche in diesem Verfahren gar nicht in Frage gestellt werden soll, bedarf es auch keines diesbezüglichen Gutachtens (vgl. act. G 1 S. 8). Im Weiteren bleibt festzuhalten, dass klinisch erhobene Druckdolenzen, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat darstellen (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005, U 9/05, E. 4 und vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.2). In diesem Zusammenhang ist sodann zu beachten, dass gemäss der einschlägigen Literatur (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff) nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist. Eine eigentliche Verursachung bzw. eine richtunggebende (dauernde) Verschlimmerung einer Wirbelsäulenpathologie durch das in Frage stehende Unfallereignis kann angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten sowie des Unfallsachverhalts nicht überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Eine allfällige vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung wäre längst als abgeheilt anzusehen. Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ hatte am 21. November 2011 denn auch festgehalten, dass die paravertebrale Verspannung im Bereich der BWS nach mehr als 15 Monaten nach dem Unfall nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallbedingt angesehen werden könne (UV-act. 149).

### **E. 3.3**

Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie die vorstehenden Ausführungen vorliegend ergeben haben - kein als Unfallfolge fassbarer organischer 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. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9; Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar

2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). - Den Angaben der erstbehandelnden Ärztin (in UV-act. 8 Ziff. 4) lassen sich Kopf- und Nackenschmerzen entnehmen. Nach der Arbeitsaufnahme am 19. Juli 2010 ergaben sich erneut HWS-Schmerzen und Schwindel (UV-act. 16). Am 17. August 2010 berichtete der Beschwerdeführer, dass sich der seit dem Unfall leicht vorhandene Tinnitus vorübergehend verstärkt habe (UV-act. 21 S. 2). Von Seiten des Hausarztes wurden am 22. August 2010 sodann Angst, Anspannung und Nervosität bestätigt (UV-act. 19). Der Beschwerdeführer klagte danach weiterhin über Tinnitus und Schwindelgefühl (UV-act. 37, 59, 83). Einzelne Ausprägungen eines typischen Beschwerdebildes lagen somit in der Zeit nach dem Unfall vor. Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch auf Versicherungsleistungen denn auch bis zum 31. Januar 2012.

#### **E. 3.4**

Sind 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 eines Schleudertraumas oder einer ähnlichen Verletzung, 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 sowie bei äquivalenten Verletzungen 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. 4**

Zu klären ist - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - die Frage, ob Anfang Februar 2012 die Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden durfte. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt, 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.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten 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, 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, Nr. U 557, S. 388). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). - Der Neurologe Dr. H. \_\_\_ befürwortete am 22.

März 2011 eine medikamentöse Therapie und physiotherapeutische Betreuung, wobei er von einer erheblichen Chronifizierung ausging (UV-act. 92). Am 27. Juni 2011 empfahl Dr. J.\_\_\_\_ die Behandlung bezüglich Psoriasis Arthritis der Hand-, Schulter- und Kniegelenke (UV-act. 118), welche der Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ als unfallfremd bezeichnete (120, 122) bzw. die vorbestehend war (UV-act. 8 Beilage Ziff. 5) und später auch nicht mehr zur Diskussion stand. Am 27. Juli 2011 beschrieb Dr. J.\_\_\_\_ die Beschwerdesymptomatik (Zervikalbereich, Schlafstörung, Depression) und bestätigte eine regelmässige osteopathische Behandlung und einen Muskelaufbau (UV-act. 123). Der Neurologe Dr. K.\_\_\_\_ verneinte am 4. Oktober 2011 mit Bezug auf sein Fachgebiet einen Behandlungsbedarf und empfahl eine psychiatrische Behandlung (UV-act. 137). Der Kreisarzt legte am 5. Oktober 2011 dar, dass subjektiv belastungsabhängige Beschwerden, verminderte Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, Einschlafen der Hände und eine depressive Stimmungslage persistieren würden. Objektiv finde sich somatisch eine leichte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und eine Verspannung der Paravertebral-Muskulatur im BWS-Bereich (UV-act. 135 S. 4). Dr. J.\_\_\_\_ befürwortete hierauf am 23. November 2011 ein muskuläres Koordinations- und Stabilisationstraining (UV-act. 152) und hielt am 29. Februar 2012 fest, dass sich der Beschwerdeführer nicht in einer Wohlfühl-Wellnesstherapie, sondern in einer intensiven Rehabilitationsphase mit schwankenden Erfolgen befinde (UV-act. 198). Dr. L.\_\_\_\_ hatte sich am 1. Dezember 2011 für weitere osteopathische und physikalische Massnahmen sowie Medikation bezüglich der LWS ausgesprochen (UV-act. 163). Der Psychiater Dr. M.\_\_\_\_ machte, bezugnehmend auf die Frage, in welchem Zeitraum eine gegebenenfalls Besserung des psychischen Beschwerdebildes zu erwarten sei (UV-act. 153 Ziff. 5), die psychische Genesung am 3. Januar 2012 von der körperlichen Gesundheit abhängig. Bei Einsatz von traumatherapeutischen Methoden sei die Prognose als günstig einzuschätzen (UV-act. 186). Zur Frage einer Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlung (für die Zeit ab Februar 2012) lässt sich den erwähnten Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ sowie sämtlichen weiteren bei den Akten liegenden ärztlichen Berichten keine klare Äusserung entnehmen. Die erwähnten Ärzte wurden allerdings diesbezüglich auch nicht befragt. Die Feststellung von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2012, dass sich die Frage von weiteren Behandlungsmassnahmen erübrige, wenn keine strukturellen Unfallfolgen nachgewiesen seien (UV-act. 193 S. 3 unten), trifft dabei insofern nicht zu, als grundsätzlich auch somatisch-strukturell nicht objektivierbare sowie psychische Folgen von schleudertraumaähnlichen Verletzungen einen Behandlungsbedarf (mit Aussicht auf namhafte Verbesserung) begründen können. Aus dem kreisärztlichen Bericht lässt sich somit eine Begründung für die Einstellung der weiteren Heilbehandlung ab Februar 2012 nicht ableiten. Zur Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitpunkt äusserte sich der Kreisarzt nicht. Gestützt auf die geschilderte Aktenlage lässt sich eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit für die Zeit ab Februar 2012 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Ein Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG auf Ende Januar 2012 mit Einstellung der Leistungen erscheint damit nicht ausgewiesen. Nachdem die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Leistungseinstellungsgrundes ausreichend zu belegen hat (vgl. RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b), wird sie die Frage der Aussicht auf namhafte Besserung durch Behandlung nach dem erwähnten Zeitpunkt noch abzuklären haben. Bevor diese Frage nicht geklärt, kann die Adäquanz nicht geprüft werden.

## **E. 5**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 21. August 2012 dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zur Abklärung der Frage, ob nach dem 1. Februar 2012 noch Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlung bestanden hat, an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Hingegen besteht bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese - wie in vergleichbaren Verfahren üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- anzusetzen (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 21. August 2012 aufgehoben und die Sache zur Abklärung der Frage, ob nach dem 1. Februar 2012 noch Aussicht auf namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlung bestanden hatte, an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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