

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/8 vom 21. November 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_8

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/8 du 21 novembre 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/8 del 21 novembre 2013

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach mehrmaliger HWS-Distorsion. Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. November 2013, UV 2013/8).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an die Unfallereignisse vom 7. Dezember 2006 und 24. Oktober 2010 ausgerichtet wurden, auf den 16. Juli 2012 eingestellt werden durften oder nicht. Nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bildet die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers angesprochene Frage, ob die beim Beschwerdeführer bestehenden (lumbalen) Rückenprobleme auf eine Berufskrankheit zurückzuführen sind (act. G 1 Sachverhalt Ziff. 10). Auf diese Frage ist daher auch in diesem Verfahren nicht einzugehen. 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

Dr. med. R. D.____, Rheumatologie FMH, bestätigte am 30. Oktober 2007 beim Beschwerdeführer ein chronisches cervikothorakales Schmerzsyndrom bei craniocervikalem Beschleunigungstrauma am 7. Dezember 2006. Anamnestisch bestehe ein lumboradikuläres Reizsyndrom rechts bei Diskushernie L5/S1 (CT vom 16. Mai 2006; UV-act. II/20). Dr. C.____ berichtete am 5. Dezember 2007, dass der Beschwerdeführer unabhängig vom Schleudertrauma schon seit Jahren an Rückenbeschwerden leide. So seien bereits Ende 2003 wegen eines Schulter-Nackensyndroms und im Sommer 2005 wegen einer Diskushernie L5/S1 Behandlungen erfolgt (UV-act. II/23; vgl. auch UV-act. II/36). Im Bericht vom 29. Januar 2008 verneinte Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, mit Hinweis auf die bildgebenden Abklärungen das Vorliegen von objektiv somatisch-strukturellen Unfallfolgen (UV-act. II/29). In der Folge bewilligte die Beschwerdegegnerin eine medizinische Trainingstherapie (MTT; UV-act. II/37f). Dr. E.____ hielt am 3. Juni 2008 ergänzend fest, dass der Vorzustand lumbal keine Unfallfolge darstelle. Betreffend Nackenproblematik sei ebenfalls ein therapiebedürftiger Vorzustand dokumentiert (UV-act. II/41). Am 20. Januar 2009 bestätigte der Beschwerdeführer gegenüber dem Suva-Aussendienstmitarbeiter, dass er voll arbeitsfähig sei und die gleiche Tätigkeit wie vor dem Unfall ausführe (UV-act. II/54). F.____, dipl. Masseur, berichtete am 10. Februar, 11. Juli, 18. September und 14. Oktober 2009 über die von ihm durchgeführte Therapie, welche er bei gebessertem Zustand auf Ende September 2009 abgeschlossen hatte (UV-act. II/57, II/63ff). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, erstattete am 16. März 2010 einen Bericht über das von ihm erhobene neurologische Konsilium (UV-act. II/72 Beilage). Die in der Folge durchgeführte MR-Untersuchung der HWS ergab gemäss Bericht von Dr. med. H.____, Medizinische Radiologie FMH, vom 10. Mai 2010 ein normales cervikales vertebrosponiales Kernspintomogramm mit normalen neuralen Strukturen, normaler Darstellung der HWS und der perivertebralen Weichteile ohne morphologisch fassbare alt-posttraumatische Veränderungen. Speziell liege kein Nachweis einer Myelopathie oder einer noch ersichtlichen ligamentären Pathologie vor (UV-act. II/77). Von Seiten des Kantonsspitals St. Gallen wurde im Bericht vom 6. Oktober 2010 ein rezidivierendes, zunehmend chronifiziertes zervikothorakales Schmerzsyndrom sowie ein Verdacht auf Adjustment Disorder (Anpassungsstörung) diagnostiziert und ein Fitnesstraining sowie eine kraniosakrale Mobilisation empfohlen. Es bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (UV-act. II/85, I/9, I/43). Kreisarzt Dr. E.____ empfahl im Bericht vom 29. Oktober 2010 ebenfalls die Übernahme der Kräftigungstherapie mit MTT (UV-act. II/87).

E. 2.2

Im Nachgang zum zweiten Unfall vom 24. Oktober 2010 bejahte Suva-Arzt Prof. Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, am 18. März 2011 eine HWS-Traumatisierung bei Vorzustand und erachtete eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit als gegeben (UV-act. II/96). Am 12. März 2011 hatte auch Dr. C.____ eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt und festgehalten, dass die Behandlung bei ihm abgeschlossen sei (UV-act. I/9). Die volle Arbeitsfähigkeit liess sich in der Folge bei der bisherigen Arbeitgeberin auch realisieren, wobei sich wegen erneuter Rücken- und Nackenschmerzen vom 30. Juni bis 4. Juli 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit ergab (UV-act. I/23, I/24). Dr. C.____ berichtete am 15. August 2011, im Heilungsverlauf spiele als unfallfremder Faktor ein rezidivierendes zervikothorakales Schmerzsyndrom mit. In einer Tätigkeit ohne Heben

von Lasten über 10 kg bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/28). Auch der Rheumatologe Dr. med. J.____ bestätigte am 17. August 2011, dass der Beschwerdeführer für eine leichte Arbeit mit häufigem Positionswechsel und ohne stereotypische Belastungen voll arbeitsfähig sei. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei seine jetzige Tätigkeit diesbezüglich ungünstig (UV-act. I/29, I/43). Nach Durchführung von weiteren Physiotherapien berichtete die Therapeutin K.____ am 29. November 2011, dass es dem Beschwerdeführer besser gehe. Er arbeite voll und könne (durch weitere Behandlung) auch seine Arbeitsfähigkeit erhalten (UV-act. I/40; vgl. auch UV-act. I/43 S. 10). Dies bestätigte auch Dr. C.____ in den Berichten vom 4. Dezember 2011 und 15. Februar 2012 (UV-act. I/43, I/48). Die von Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Bericht vom 20. März 2012 (UV-act. I/53) empfohlene MRT-Untersuchung ergab gemäss Bericht vom 4. April 2012 degenerative Veränderungen der kleinen Gelenke im HWS-Bereich und im Übrigen eine altersentsprechend normale Darstellung der HWS bei fehlendem Hinweis auf eine neurale Kompression, normaler Darstellung der Foramina intervertebralia und normalem zervikalem Myelon (UV-act. I/59). Dr. C.____ bescheinigte in der Zeit vom 21. Februar bis 30. März 2012 Arbeitsunfähigkeiten von 100, 50 und 25% (UV-act. I/60). Die Neurologin Dr. med. M.____ berichtete am 23. April 2012, klinisch finde sich eine noch leichtgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit bei im Übrigen regelrechtem klinisch-neurologischem Befund. Hinweise auf ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma oder cerebrale organische Läsionen als Folge des Traumas vom 24. Oktober 2010 würden fehlen. Anhaltspunkte für eine cervikale Myelopathie oder Radikulopathie würden ebenfalls fehlen (UV-act. I/62).

E. 2.3

Kreisarzt Dr. L.____ bestätigte am 7. Mai und 12. Juni 2012 in Ergänzung der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. März 2012 (UV-I/53), dass keine Folgen des Unfalls vom 24. Oktober 2010 verblieben seien (UV-act. I/68, I/71). Dr. C.____ hatte am 3. Juni 2012 festgehalten, dass gegenwärtig noch Physiotherapie durchgeführt werde. Als weitere Behandlung falle eine Psychotherapie in Betracht. Es liege eine Arbeitsfähigkeit von 50% vor (UV-act. I/70). Im Bericht der Rehaklinik N.____ vom 22. August 2012 wurde gestützt auf eine ambulante Untersuchung des Beschwerdeführers unter anderem festgehalten, es sei zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eine stationäre multimodale Rehabilitationsbehandlung zu empfehlen. Neben physiotherapeutischen und physikalischen Massnahmen seien zur Verbesserung der Schmerzverarbeitung auch eine psychologische bzw. psychiatrische Mitbetreuung sowie ein erneuter Behandlungsversuch mit einem schmerzdistanzierenden Medikament indiziert (UV-act. I/84). Die Beschwerdegegnerin erteilte diesbezüglich keine Kostengutsprache (UV-act. I/91). Der Beschwerdeführer hatte im Juni 2012 auch eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen (UV-act. I/94), welche die Beschwerdegegnerin bis zur Leistungseinstellung ohne Präjudiz übernahm (UV-act. I/96, I/101). Eine stationäre Behandlung in der Rehaklinik N.____ ergab gemäss Bericht vom 8. November 2012 unter anderem, dass die Schmerzen während des Aufenthalts leicht hätten gebessert werden können. Ab 20. Oktober 2012 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden für leichte bis mittelschwere Arbeit. Im Verlauf sei eine langsame Steigerung um 10% in zwei- bis vierwöchigem Abstand vorgesehen (UV-act. I/99). Dr. C.____ hielt hierauf im Bericht vom 4. Dezember 2012 unter anderem fest, die angestrebte Steigerung der Arbeitsfähigkeit an der bisherigen Arbeitsstelle habe sich nicht realisieren lassen. Bereits bei einem regelmässigen Arbeitspensum von 60% sei es Ende November 2012 zu einem Rückfall gekommen. Wegen ausgeprägten Lumbalgien seien

Anfang November 2012 intramuskuläre Injektionen erfolgt. Wegen des ausgeprägten Muskelhartspanns, welcher sich in der Konsultation am 16. November 2012 gezeigt habe, sei wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert worden (UV-act. I/99).

E. 3.1

Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person kann klinische Ergebnisse zu Tage fördern. 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 nach höchstrichterlicher Rechtsprechung 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 die Unfälle vom 7. Dezember 2006 und 24. Oktober 2010 bedingten organisch-strukturellen Befunde (vgl. UV-act. II/29, II/77, I/59, I/62, I/84 S. 3).

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 7. Dezember 2006 vermerkte der erstbehandelnde Spitalarzt im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem

Beschleunigungstrauma, dass sich beim Unfall bei gerader Kopfstellung kein Kopfanprall ergeben habe. Der Beschwerdeführer gab Nackenschmerzen an. Weitere Symptome verneinte er (UV-act. II/2). Im Bericht der erstbehandelnden Spitalärzte vom 12. Dezember 2006 wurden ebenfalls ausschliesslich Nackenschmerzen bestätigt und unter anderem festgehalten, eine Schmerzhaftigkeit der Brust oder LWS und des Beckens oder der Extremitäten sei nie vorhanden gewesen (UV-act. II/3). Gegenüber Dr. D.____ verneinte der Beschwerdeführer im Oktober 2007 sodann auch neuropsychologische Beschwerden (UV-act. II/20 S. 4). Nach dem zweiten Unfall vom 24. Oktober 2010 vermerkte Dr. C.____ im entsprechenden Dokumentationsbogen, es habe kein Kopfanprall stattgefunden. Er verneinte eine Bewusstlosigkeit, eine Gedächtnislücke oder eine Angstreaktion. Als Beschwerden gab er ausschliesslich Nackenschmerzen an und verneinte weitere Symptome (UV-act. II/89). Angesichts dieser Aktenlage kann nicht ohne Weiteres vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds unmittelbar nach den Unfällen gesprochen werden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Die Beschwerdegegnerin anerkannte dennoch einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers bis zum 16. Juli 2012, so dass ausschliesslich die Frage zu beantworten ist, ob die Leistungen nach diesem Zeitpunkt zu Recht nicht mehr erbracht wurden. Die Frage, ob die Adäquanz angesichts der geschilderten Umstände nach der Praxis für nach einem Unfall auftretende psychische Beschwerden (BGE 115 V 133) oder nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu prüfen ist, kann dabei offen bleiben, da die Adäquanz auch bei Anwendung der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009, 8C_283/2009) zu verneinen ist (vgl. nachfolgende E. 5).

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 (16. Juli 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 bis zum Behandlungsabschluss einstweilen erbringen, ohne die adäquaten Unfallkausalität vorsorglich zu prüfen. Die spätere Prüfung der adäquaten Unfallkausalität setzt deshalb den medizinischen Behandlungsabschluss voraus bzw. kann ohne Vorliegen desselben nicht erfolgen (vgl. dazu nachstehend E. 4.3).

E. 4.3.1

Zu prüfen ist, ob am 16. Juli 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 auch keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145).

E. 4.3.2

Nachdem Dr. C.____ im August 2011 das Vorliegen eines rezidivierenden zervikothorakalen Schmerzsyndroms als unfallfremden Faktor im Heilverlauf vermerkt hatte (UV-act. I/28), bestätigte die Physiotherapeutin K.____ am 29. November 2011, dass die Therapie dem Erhalt der (nicht eingeschränkten) Arbeitsfähigkeit diene (UV-act. I/40). Kreisarzt Dr. L.____ vermerkte am 7. Mai und 12. Juni 2012 in Ergänzung der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. März 2012 (UV-I/53), dass, bezogen auf das Unfallereignis, ein medizinischer Endzustand gegeben sei. Es sei von einem stabilen, durch weitere Behandlungsmassnahmen nicht mehr besserungsfähigen Zustand auszugehen (UV-act. I/68, I/71). Die im Bericht der Rehaklinik N.____ vom 22. August 2012 empfohlenen und in der Folge durchgeführten Therapien (Physiotherapie, physikalische Massnahmen, psychiatrische Betreuung, medikamentöse Behandlung) brachten im Wesentlichen eine leichte Besserung der Schmerzen während des Aufenthalts (UV-act. I/99: Bericht vom 8. November 2012, S. 2). Dr. C.____ bestätigte hierauf am 4. Dezember 2012, dass sich die Arbeitsfähigkeit (im Zug der erwähnten Behandlung) nicht habe verbessern lassen. Im Übrigen wies er auf ausgeprägte Lumbalgien hin (UV-act. I/99), welche bereits früher als unfallfremd erkannt worden waren (UV-act. II/41). Der geschilderte Sachverhalt spricht klar dafür, dass per 16. Juli 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

vermag insbesondere auch der Bericht der Rehaklinik N.____ vom 8. November 2012 nicht zu führen. Dort werden im Wesentlichen chronifizierte bzw. einer Verbesserung nicht zugängliche zervikozepale und zervikothorakale sowie lumbovertbrale Beschwerden angeführt. Bei Austritt klagte der Beschwerdeführer weiterhin über Kopf- und Nackenschmerzen (UV-act. I/99 S. 7). Im Bericht des Psychotherapeuten vom 24. Oktober 2012 waren als Therapieziel einzig das Aufzeigen und Üben alternativer Erholungsmöglichkeiten angeführt worden (UV-act. I/94). Ein Verbesserungspotential durch weitere (ambulante) Behandlung ist beim dargelegten Sachverhalt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Ein solches konnte retrospektiv auch im Zeitpunkt des Berichts der Rehaklinik vom 22. August 2012 (UV-act. I/84) nicht überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. 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 umfassend, insbesondere auch in neurologischer Hinsicht (UV-act. I/62), abgeklärt wurde. 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 den in Frage stehenden Auffahrkollisionen vom 7. Dezember 2006 (II/1, II/19) und vom 24. Oktober 2010 (UV-act. I/1, II/1 S. 3-5) ist unbestritten praxisgemäss von mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2 mit Hinweisen). 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 Eindringlichkeit der Unfälle 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 zweite Beschleunigungstrauma vom 24. Oktober 2010 auf eine HWS traf, welche bereits durch den früheren Unfall von 2006 betroffen war, kann - bei fehlender somatisch-struktureller Schädigung der HWS durch den früheren Unfall (vorstehende E. 3.1) und uneingeschränkter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall vom 24. Oktober 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 24. Oktober 2010 noch Restbeschwerden des Ereignisses

von 2006 vorgelegen haben sollten, 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).

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 7. Dezember 2006 in ärztlicher/physiotherapeutischer und medikamentöser Behandlung sowie medizinischer Trainingstherapie stand (vgl. UV-act. II/23, II/36-II/38, II/47, II/57, II/65, II/2). Diese Massnahmen führten nach seinen eigenen Angaben und denjenigen der behandelnden Personen zu keiner andauernden (vollständigen) Beschwerdeverbesserung (UV-act. II/78, II/85). Nach dem zweiten Unfall vom 24. Oktober 2010 wurden ebenfalls physiotherapeutische und medikamentöse sowie psychotherapeutische Massnahmen durchgeführt (UV-act. I/28, I/43, I/99). In Anbetracht der Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung 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 April 2012 gegenüber der Neurologin Dr. M.____ permanente Nackenschmerzen, die sich durch Wetterwechsel und körperliche Belastung intensivieren würden (UV-act. I/62). Zu beachten ist hier, dass hinsichtlich der Nackenproblematik schon vor dem Unfall von 2006 ein therapiebedürftiger Zustand vorgelegen hatte (vgl. UV-act. II/23 S. 2, II/36) und Dr. C.____ als unfallfremden Faktor im Heilungsverlauf ein rezidivierendes zervikothorakales Schmerzsyndrom bescheinigte (UV-act. I/28, I/43). Das Kriterium von unfallbedingten, dauerhaften (ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden) sowie erheblichen Beschwerden kann - bezogen auf den streitigen Einstellungszeitpunkt (16. Juli 2012) - bei diesem Sachverhalt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als belegt gelten. Dies umso weniger, als der Beschwerdeführer nach dem ersten Unfall in der Lage war, seine bisherige Tätigkeit in vollem Umfang auszuüben und sich auch nach dem zweiten Unfall erst nach Monaten mit voller Arbeitsfähigkeit eine Einschränkung ergab (vgl. nachstehende E. 5.5). Sodann lassen sich ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann bejahen, wenn die angewendeten Therapien nicht zu gänzlicher Schmerzfreiheit führen. Andererseits vermag die Tatsache, dass es im Jahr 2010 zu einem erneuten Unfall mit schleppendem Heilverlauf kam, mit Blick auf das 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). Sowohl nach dem Unfall vom 7. Dezember 2006 als auch nach demjenigen vom 24. Oktober 2010 war der Beschwerdeführer nach einer Arbeitsunfähigkeit von wenigen Tagen während Monaten uneingeschränkt wieder arbeitsfähig (UV-act. II/10, II/12, II/54, I/3 S. 2, I/7 S. 3, I/9, I/17, I/40, I/43, I/48). Erst vom 30. Juni bis 4. Juli 2011 und erneut vom 21. Februar bis 30. März 2012 lagen wegen Rücken- und Nackenschmerzen (volle oder teilweise) Arbeitsunfähigkeiten vor (UV-act. I/23, I/24, I/60). Die Arbeitgeberin hatte dem Beschwerdeführer einen neuen Arbeitsplatz an einer Rollenschneidmaschine zugewiesen (UV-act. I/6). Die Arbeitstätigkeit wurde ärztlicherseits als zumutbar qualifiziert (UV-act. I/11), und der Beschwerdeführer konnte diese Tätigkeit vorerst auch während Monaten ohne Fehlzeiten ausüben (vgl. UV-act. I/23 und I/40). Nachdem das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin gekündigt worden war (vgl. UV-act. I/69: Verneinung von gesundheitlichen Gründen, und act. G 1 Sachverhalt Ziff. 8: Kündigungen wegen wirtschaftlicher Lage), bescheinigte Dr. C.____ am 3. Juni 2012 und 25. Januar 2013 einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/70; act. G 7 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 den streitigen Unfällen keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 16. Juli 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 16. Juli 2012 lässt demgemäss nicht beanstanden. Mangels adäquater Unfallkausalität steht auch der Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht zur Diskussion.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2012 nicht zu beanstanden und die Beschwerde 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.