

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/49 vom 3. März 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2014\\_49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_49)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/49 du 3 mars 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/49 del 3 marzo 2016

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Prüfung der adäquaten Unfallkausalität nach HWS-Trauma (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. März 2016, UV 2014/49). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_285/2016. Entscheid vom 3. März 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 21. Januar 2013 erbrachten Leistungen auf den 28. Februar 2014 zu Recht einstellte oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (UV-act. 157, E. 1 und 5a) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung sowie die Beweisanforderungen zutreffend dar; darauf wird verwiesen.

### **E. 2**

2.1 Am 7. März 2013 führte der Kreisarzt Dr. J.\_\_\_\_ eine Untersuchung des Beschwerdeführers durch (UV-act. 33). Er diagnostizierte ein belastungs-, bewegungs- und haltungsabhängiges Cervicobrachial-Syndrom links mit intermittierenden Schwindelattacken bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma am 21. Januar 2013 mit posttraumatisch innerhalb ca. fünf bis sechs Stunden remittierendem, sensomotorischem Hemisyndrom brachiorural links. Festgestellt wurde eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS links mehr als rechts, schmerzhaft verspannte Schultergürtelmuskulatur im Bereich des Musculus trapezius und Musculus levator scapulae sowie druckschmerzhafte Facettengelenke polyetager links mehr als rechts. Strukturelle Unfallfolgen konnten nicht nachgewiesen werden. 2.2 Anlässlich der am 2. April 2013 von Dr. K.\_\_\_\_ durchgeführten neurologischen Untersuchung (UV-act. 43) berichtete der Beschwerdeführer über ständige Schmerzen an der linken Seite des Nackens, die sich bis in die Schulter ausbreiten würden. Von dort aus könnten sie in drückender Qualität in den gesamten Kopf ausstrahlen. Auslösend für die Kopfschmerzen seien bereits kleinste Belastungen wie max. 30 Minuten Fernsehen oder wenige Minuten Autofahren. Der Facharzt stellte fest, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen Spannungskopfschmerz und Schmerzen aus der verspannten paravertebralen zervikalen Muskulatur leide. Neurologisch seien die Druckdolenzen der paravertebralen zervikalen Muskulatur und des Musculus trapezius links und die Hypertrophie des Musculus trapezius links fassbar. Der übrige neurologische Befund sei unauffällig. So seien auch im MRI des Kopfes, der MR-Angiographie der hirnversorgenden Gefässe und im MRI der gesamten Wirbelsäule strukturelle Unfallfolgen nicht fassbar. 2.3 Am 15. April 2013 wurde in der

Rehaklinik Bellikon ein ambulantes Assessment durchgeführt (UV-act. 57). Als aktuelle Probleme wurden genannt: Nacken- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen mit gedrückter Stimmung und Konzentrationsstörungen, Schwindelphasen intermittierend sowie eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit OSG links. Anhand der CT-/MRI-Bilder vom 21. und 24. Januar 2013 diagnostizierten Dr. med. O.\_\_\_\_, Spitalfacharzt, und Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, u.a. eine degenerative Veränderung der LWS (flache subligamentäre Diskushernie L4/L5 mit hypertrophen Spondylarthrosen, bilaterale Einengung der lateralen Recessi mit möglichen Reizungen der Wurzeln L5) und eine moderate degenerative Veränderung der HWS (diskale und ossäre Einengung der Foramina auf allen Etagen mit möglichen Wurzelreizungen). Empfohlen wurde eine intensivierete, ambulante Therapie (Einzelfysiotherapie und MTT). 2.4 Vom 17. Juni bis 19. Juli 2013 erfolgte eine psychosomatische Rehabilitation in der Zürcher Höhenklinik in Davos (UV-act. 89). Die Ärzte prakt. med. Q.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Assistenzärztin, diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F32.21) bei beruflicher Belastungssituation und Status nach Contusio spinalis bei PKW-Frontalkollision. Zudem wurden festgestellt u.a. eine frei bewegliche HWS sowie ein deutlicher muskulärer Hartspann paravertebral und cervical. Die Schmerzsymptomatik mit Kopfschmerzen sei fluktuierend, provoziert insbesondere durch körperliche Mehrbelastung oder statische Gegebenheiten (längere Inklination beim Lesen oder Reklination). Eine berufliche Re-Integration wurde wegen der belastungsabhängigen Schmerzen als wenig realistisch eingeschätzt. Empfohlen wurden die Weiterführung der vorbestehenden Psychotherapie und die Fortsetzung einer ambulanten Physiotherapie. 2.5 Am 19. August 2013 attestierte Dr. I.\_\_\_\_ die Reisefähigkeit des Beschwerdeführers für den geplanten Urlaub vom 6. bis 22. September 2013 (UV-act. 100 und act. G 8 S. 2). 2.6 Die am 29. August 2013 erfolgte MRI-Untersuchung der HWS am Zentrum L.\_\_\_\_ zeigte ausschliesslich degenerative Veränderungen. Festgestellt wurde eine mässige degenerative Veränderung mit Osteochondrosen, wobei diese am ausgeprägtesten seien im Segment C4/5 und C5/6. Beim Letztgenannten komme es bei bilateralen foraminalen Engen gemischter Genese zu einer möglichen C6-Wurzel-Beeinträchtigung beidseits. Eine C5-Wurzel-Beeinträchtigung beidseits im Segment C4/5 könne nicht ausgeschlossen werden (UV-act. 101 und 104). 2.7 Kreisarzt Dr. S.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 22. November 2013 fest, dass aktives Training zur Verbesserung und Stabilisation notwendig sei. Nach drei Monaten Training sei jedoch eine Besserung des Gesundheitszustandes nicht mehr überwiegend wahrscheinlich zu erwarten (UV-act. 122). 2.8 Im Arztbericht vom 5. November 2013 erklärte die Fachärztin Dr. E.\_\_\_\_, dass aktuell keine psychiatrische Diagnose im Sinne einer schweren Depression, einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne, weshalb die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gegenwärtig nicht indiziert sei (UV-act. 130). 2.9 Im Arztbericht vom 26. März 2013 beurteilte Kreisarzt Dr. S.\_\_\_\_ die Unfallfolgen aus medizinischer Sicht (UV-act. 149). Der Facharzt für Chirurgie hielt fest, dass der Beschwerdeführer mehrmals spezialärztlich und auch radiologisch untersucht worden sei. Strukturelle Läsionen wie auch neurologische Pathologien hätten nicht überwiegend wahrscheinlich bestätigt werden können. Mit der stationären Rehabilitation habe eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden können. Seither habe jedoch keine namhafte Verbesserung mehr erreicht werden können. Es sei daher davon auszugehen, dass mittlerweile nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verbesserung

des Gesundheitszustandes erreicht werden könnte.

### **E. 3**

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die vom Beschwerdeführer über den 28. Februar 2014 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Die während der nach dem Unfall erfolgten Hospitalisierung durchgeführten bildgebenden Untersuchungen (CT/MRI) ergaben keine frischen Läsionen (UV-act. 24 und 57 S. 14 bis 21).

3.2 Die in den Berichten vom 7. März 2013, 2. April 2013, 15. April 2013 und 24. Juli 2013 (UV-act. 33, 43, 57 und 89) festgehaltenen muskulären Veränderungen im Schulterbereich stellen ebenfalls keine objektivierbaren Befunde im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Veränderung dar, denn klinisch erhobene Druckdolenzen, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS stellen praxismässig kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 3. August 2005, U 9/05, E. 4 und vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.2).

3.3 In diesem Zusammenhang ist sodann festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer degenerative Veränderungen der LWS und der HWS festgestellt wurden (vgl. Erwägung 2.3). Gemäss der einschlägigen Literatur (E. Bär/B. Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45 ff.) ist nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Eine eigentliche Verursachung bzw. eine richtunggebende (dauernde) Verschlimmerung einer Wirbelsäulenpathologie durch das in Frage stehende Unfallereignis fällt angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten sowie des Unfallsachverhalts ausser Betracht. Eine allfällige vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung wäre demzufolge längst als abgeheilt anzusehen.

3.4 Zum Vorbringen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, dass sich die Beschwerdegegnerin nur auf die „eigenen“ Berichte abgestützt habe, ist festzustellen, dass die „anderen“ Arztberichte durchaus gewürdigt worden sind, wurde doch der Kreisarzt Dr. S.\_\_\_\_ mehrmals um eine Stellungnahme zu ärztlichen Berichten gebeten (act. G 8 S. 3, vgl. UV-act. 93, 104, 122 und 149). Dazu ist anzumerken, dass auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden kann, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 E. 3b/ee mit Hinweis). Art. 8 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK geben denn auch keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Vorliegend gibt es keine konkreten Anhaltspunkte, aufgrund welcher die begründeten Schlussfolgerungen des Kreisarztes Dr. S.\_\_\_\_ in Frage zu stellen wären.

### **E. 4**

4.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt – wie vorliegend – kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben

sein (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.

4.2 Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals C.\_\_\_\_ (UV-act. 24) bestanden ein innerhalb von fünf bis sechs Stunden remittierendes sensomotorisches Hemisyndrom brachiokrural links und wohl ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule. Festgestellt wurde auch eine eingeschränkte HWS Beweglichkeit. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma gab der Beschwerdeführer gemäss den Einträgen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2013 an, nach dem Unfall an Brustschmerzen und linksseitigen Lähmungserscheinungen, Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen gelitten zu haben (UV-act. 8). Der Beschwerdeführer konnte sich jedoch nicht mit Sicherheit daran erinnern, ob und wo er den Kopf angeschlagen und ob er eine Schreck-/Angstreaktion erlebt hatte. Eine Bewusstlosigkeit verneinte er allerdings. Im Weiteren gab er an, vor dem Unfall nicht an Kopf- oder Nackenschmerzen gelitten zu haben. Der Arzt ging diagnostisch von einem Grad II der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation aus (Nackenschmerzen und muskuloskelettale Befunde [verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen]). Aus dem Erhebungsblatt der Beschwerdegegnerin für die Abklärung von HWS-Fällen vom 29. Januar 2013 können wegen der fehlenden Zuverlässigkeit der enthaltenen Informationen keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden, wurden doch alle Fragen zu vorbestehenden Krankheiten wie Schulter-, Nacken-, Kopf- und psychische Beschwerden mit ja beantwortet (UV-act. 9). Angesichts der Aktenlage kann trotzdem 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 28. Februar 2014.

## **E. 5**

5.1 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 nicht etwa 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 unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (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). 5.2 Aufgrund der in den Erwägungen 2.1 bis 2.9 dargelegten medizinischen Akten und der weiteren fachmedizinischen Untersuchungen können die nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (28. Februar 2014) weiter bestehenden Gesundheitsstörungen an der HWS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche (Teil-) Folge des versicherten Unfalls angesehen werden. Aber selbst wenn dies zweifelhaft wäre, würde sich eine Rückweisung der Sache zwecks weiterer Abklärung des natürlichen Zusammenhangs erübrigen, weil es – wie nachstehend zu zeigen sein wird – an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt.

5.3 Zu prüfen ist sodann, ob per 28. Februar 2014 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 oder nicht. 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.; BGE 137 V 199 E. 2.2.3.1).

5.3.1 Für die Annahme einer Weiterdauer 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, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes 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 Endzustandes wird denn auch keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. A., S. 143 f.).

5.3.2 In psychischer Hinsicht ist aufgrund des Arztberichts vom 5. November 2013 von der Fachärztin Dr. M.\_\_\_\_ von einem stabilen nicht mehr behandlungsbedürftigen Zustand auszugehen (vgl. Erwägung 2.8; UV-act. 130).

5.3.3 Zur Verbesserung des physischen Zustandes wurden verschiedene Therapieformen angewandt. Im Bericht des Rehaklinik Bellikon vom 24. April 2013 wurde empfohlen, eine intensiviertere, ambulante Therapie durchzuführen (täglich Einzelphysiotherapie mit Betonung auf aktiver Bewegungstherapie, mit Übergang in MTT; UV-act. 57). Im Abschlussbericht vom 24. Juli 2013 des Rehabilitationsaufenthaltes in der Zürcher Höhenklinik in Davos wurde festgehalten, dass physiotherapeutisch das Hauptaugenmerk auf Aktivierung und Entspannung gelegt worden sei. Empfohlen wurde die Fortführung einer ambulanten Physiotherapie (UV-act. 89). Spätestens im September 2013 musste sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gebessert bzw. stabilisiert haben, denn der Hausarzt gab seine Zustimmung zur geplanten gut zweiwöchigen Ferienreise mit dem Wohnmobil (UV-act. 100 und act. G 8 S. 2), obwohl dies einen Unterbruch der Therapie bedeutete und der Beschwerdeführer bei früheren Untersuchungen angegeben hatte, dass er nicht längere Zeit in einem Auto (mit-) fahren könne, da es ihm schwindelig werde (vgl. UV-act. 43 S. 1 f.). In der Stellungnahme vom 22. November 2013 erklärte Kreisarzt Dr. S.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer gemäss seiner Erkenntnis zurzeit noch Osteopathie-Behandlungen habe (UV-act. 122). Der Kreisarzt empfahl anstelle von passiven Massnahmen bzw. Behandlungen, da diese nur kurzzeitige Verbesserungen

brächten, aktives Training zur Stabilisation und Verbesserung der Situation. Er erklärte aber auch, dass nach drei Monaten Training eine Besserung des Gesundheitszustandes nicht mehr überwiegend wahrscheinlich sei. 5.3.4 Damit kann nicht als belegt gelten, dass mit Behandlungen nach Ende Februar 2014 eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erwartet werden konnte. Die geschilderte tatsächliche und rechtliche Situation spricht bei ausgebliebenen weiteren Erfolgen der Therapien dafür, dass spätestens auf Ende Februar 2014 von den Unfallfolgen her zu Recht von einem Behandlungsabschluss im vorerwähnten Sinn ausgegangen wurde (vgl. UV-act. 130 und 149 S. 3). Aber selbst wenn von einer unfallbedingten Notwendigkeit einer therapeutischen Weiterbetreuung über das erwähnte Datum hinaus auszugehen wäre, müsste – wie nachstehend zu zeigen sein wird – die Adäquanz verneint werden. 5.3.5 Von einer interdisziplinären Begutachtung im Sinn einer Gesamtschau (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.2.4) kann vor diesem Hintergrund abgesehen werden, zumal der Beschwerdeführer auch neurologisch (UV-act. 43 und 57 S. 12 f.) und psychiatrisch (UV-act. 89 und 130) umfassend abgeklärt wurde. Zudem sind rechtsprechungsgemäss weitere Abklärungen bezüglich der natürlichen Unfallkausalität dann nicht erforderlich, wenn der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008, 8C\_217/2008, E. 7.3). Sodann bedarf es eines poly-/interdisziplinären Gutachtens für die Klärung von bei der Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchenden Problemen nicht zwingend, 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. 6**

6.1 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 diesem 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). 6.2 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 eine eindeutige Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a) ausgeschlossen werden bzw. als nicht nachgewiesen gelten. 6.3 Hinsichtlich der Unfallschwere ist insbesondere auf die Erkenntnisse aus der biomechanischen Kurzbeurteilung abzustellen (UV-act. 131). 6.3.1 Gemäss dem Bericht vom 16. Dezember

2013 lag aufgrund der gegebenen technischen Informationen die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) für das Fahrzeug des Beschwerdeführers innerhalb oder oberhalb eines Bereiches von 20-30 km/h. Die Geschwindigkeitsänderung trat dabei hauptsächlich im Sinne einer Verlangsamung der Fahrzeuggeschwindigkeit bzw. hauptsächlich in einer vorwärts gerichteten Relativbewegung des Körpers des Beschwerdeführers auf. Gemäss Gutachter liegt der Harmlosigkeitsbereich für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden nach frontalen Kollisionen im Normalfall für das verzögerte Fahrzeug in einem Bereich der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 20-30 km/h. Individuelle Faktoren können ein Abweichen vom Normalfall begründen. Gemäss Bericht sind vorliegend keine biomechanisch relevanten Faktoren erkennbar bzw. aktenkundig, weshalb von einem Normalfall auszugehen sei. Die Gutachter folgerten aufgrund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen, dass die im Anschluss an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall „eher erklärbar“ seien. Anzumerken ist, dass bei Frontalkollisionen – einschliesslich Nahezu-Frontalkollisionen, d.h. solchen, die eine Fahrzeug-Seite etwas stärker betrafen als die andere – die sog. Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden bei einem Delta-v-Wert von 20-30 km/h liegt und demnach deutlich höher ist als bei den klassischen Heckauffahrunfällen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juli 2010, 8C\_327/2010, E. 5.2.1, mit Hinweis auf Urteile vom 4. Januar 2010, 8C\_786/2009, E. 4.6.1, vom 29. April 2008, 8C\_582/2007, E. 4.1 mit Hinweisen). Sodann ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer den Sicherheitsgurt trug und der Airbag durch den Aufprall aktiviert wurde (UV-act. 8, 27 S. 5 und 125 S. 11), wodurch sich eine erhebliche Verminderung der aufprallbedingten Kraftereinwirkung ergab (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_239/2007, E. 6.3). 6.3.2 Beim Ereignis vom 21. Januar 2013 mit frontal-seitlicher Kollision ist in Anbetracht der Unfallumstände sowie der dokumentierten Fahrzeugschäden (UV-act. 27, 34, 125 und 131) nicht von einem ausserordentlich schweren, lebensbedrohlichen Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, Nr. U 215, S. 91; vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005, U 338/04, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.3), sondern (höchstens) von einem mittelschweren Unfall auszugehen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000, U 257/99, und des Bundesgerichts vom 24. August 2007, U 497/06, E. 4.2, sowie vom 22. August 2008, 8C\_609/2007, E. 4.1.3). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache vermöchten an der Einstufung als (höchstens) mittelschweres Ereignis im eigentlichen Sinn nichts zu ändern.

6.4 Bei Unfällen im mittelschweren Bereich müssen nach der Praxis mehrere Kriterien erfüllt sein, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl umso geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6c/bb; vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 59 bis 69). So kann bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu leichten Unfällen die Unfalladäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens vier von sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, E. 5). Bei mittelschweren Unfällen müssen mindestens drei Adäquanzkriterien in der einfachen Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden kann (SVR 2010 UV Nr. 25, 100 [8C\_897/2009 E. 4.5]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C\_465/2011, E. 8.2). Vorliegend müssen aufgrund der Unfallschwere zumindest drei Adäquanzkriterien erfüllt oder eines besonders ausgeprägt

sein. 6.4.1 Eine gewisse Eindrücklichkeit für den Beschwerdeführer kann dem Ereignis nicht abgesprochen werden, war doch ein Lastwagen in das Unfallgeschehen involviert. Die Lenkerin des vorausfahrenden Fahrzeuges konnte das Entstehen des Unfallereignisses (Kollision PW mit LKW und Abdriften des PW auf die Gegenfahrbahn) beobachten und dem sich auf ihrer Fahrbahn befindenden Personenwagen gerade noch ausweichen. Da im Unfallrapport nichts vermerkt ist, muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die vorgängige Kollision des Personenwagens mit dem Lastwagen nicht beobachtet hatte. Der Beschwerdeführer nahm „lediglich“ den sich auf seiner Fahrbahnhälfte befindlichen Personenwagen wahr. Trotz Vollbremsung kam es zur Kollision. Weitere besondere dramatische Umstände wie besondere Örtlichkeiten oder schlechte Sichtverhältnisse (bspw. Unfall auf unbeleuchteter Strasse nachts oder in einem Tunnel) sind nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer konnte sich zudem selbst aus dem Auto befreien und sich auf den Rücksitz hinlegen, woran ihn offensichtlich auch die geltend gemachte „halbseitige Lähmung“ nicht hinderte. Der vom Beschwerdeführer bemerkte Rauch stammte auch nicht von einem Brand, denn ein solches Ereignis wäre sicherlich im Unfallbericht vermerkt worden. Wahrscheinlicher ist, dass es sich beim „Rauch“ um ausgetretene, verdampfende Kühlerflüssigkeit handelte oder dieser durch die bei der Kollision ausgelösten Airbags verursacht wurde. Wäre der Beschwerdeführer von einem Fahrzeugbrand ausgegangen, hätte er sich kaum auf den Rücksitz seines Fahrzeuges hingelegt. Die gefahrene Geschwindigkeit war auch nicht aussergewöhnlich hoch (etwa im Vergleich zu den gefahrenen Geschwindigkeiten auf Autobahnen), denn die Höchstgeschwindigkeit auf diesem Autostrassenabschnitt ist auf 80 km/h beschränkt (UV-act. 27 S. 4). Anzumerken ist, dass es sich beim Beschwerdeführer zudem um einen erfahrenen Berufschaffeur (LKW) handelt. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind auch nicht anderweitig belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 69 bis 71, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.3 und vom 2. März 2005, U 309/03, E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1, und vom 22. August 2008, 8C\_623/2007, E. 8.1 [Massenkollision auf der Autobahn]). 6.4.2 Beim erlittenen Trauma handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007, 8C\_101/2007, E. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007, U 558/06, E. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004, U 116/04). Das Trauma traf konkret auch keine im Zervikal-Bereich erheblich vorgeschädigte, die Leistungsfähigkeit einschränkende Wirbelsäule (vgl. UV-act. 57, 101 und 8 S. 2). Unmittelbar nach dem Unfall bestätigte der Beschwerdeführer sodann, dass er auf die Kollision gefasst war und eine gerade Kopfhaltung beim Aufprall hatte (UV-act. 8 f.). Zwar machte der Beschwerdeführer eine linksseitige Lähmung geltend, jedoch konnte er offensichtlich das Fahrzeug verlassen und sich auf die Rückbank legen. Die geltend gemachten psychischen Beschwerden erforderten bereits ein halbes Jahr nach dem Unfall keine Behandlung mehr (vgl. UV-act. 130). Eine Verletzung besonderer Art (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C\_785/2007, E. 4.4) ist damit nicht ersichtlich, zumal hierfür das Vorliegen von (vorbestehenden) degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule (vgl. UV-act. 57 und 101) allein nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C\_726/2010, E. 4.1.2.2). 6.4.3 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

21. Januar 2013 mit initialer Behandlung im Spital C.\_\_\_\_ und anschliessender konservativer Therapie einen einmonatigen Rehabilitationsaufenthalt in der Zürcher Höhenklinik in Davos absolvierte (UV-act. 85 und 88). Daran anschliessend folgten weitere Behandlungen. Anfänglich insbesondere MTT und Einzelphysiotherapie, später auch Osteopathie-Sitzungen. Reine Abklärungsmassnahmen bei Spezialärzten sowie Verlaufskontrollen fallen in diesem Zusammenhang ausser Betracht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C\_57/2008, E. 9.3.3, und vom 26. August 2008, 8C\_687/2007, E. 5.3). Spätestens Ende Februar 2014 war von weiteren Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (vgl. vorstehende Erwägung 5.3). In Anbetracht dieser Aktenlage kann eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung im Sinn der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C\_331/2007, E. 4.2.3) weder hinsichtlich der Art der Behandlungen noch aufgrund der Behandlungsdauer oder des Behandlungsumfangs bejaht werden.

6.4.4 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). Gemäss den Arztberichten klagte der Beschwerdeführer wiederholt über Schmerzen, welche insbesondere bei körperlichen Belastungen auftreten würden (UV-act. 43 und 89; vgl. Erwägungen 2.2 und 2.4). Gegenüber den Ärzten der Rehaklinik Bellikon gab der Beschwerdeführer das Bestehen von Nacken- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, intermittierende Schwindelphasen und leichte Einschränkung der Beweglichkeit OSG links an (UV-act. 57 S. 2). Der Beschwerdeführer machte wiederholt geltend, dass die Beschwerden dazu führten, dass er bereits bei leichten Arbeiten eingeschränkt sei und jeweils ausgiebige Erholungsphasen danach benötige (vgl. bspw. UV-act. 109 S. 3, 121, 136 und 149 sowie act. G 1 und G 8). Angesichts dieser Aktenlage kann das Kriterium von ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden allenfalls in geringem Umfang als erfüllt gelten.

6.4.5 Demgegenüber können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen angesichts der medizinischen Aktenlage nicht als gegeben erachtet werden. Der Beschwerdeführer absolvierte zwar während mehrerer Monate Physiotherapiesitzungen und Trainingseinheiten (MTT; vgl. UV-act. 78, 79, 87, 90, 92, 106) und ab dem Herbst 2013 auch Osteopathie-Sitzungen (vgl. UV-act. 143). Den ihn behandelnden Arzt konsultierte er bis zum Aufenthalt in der Zürcher Höhenklinik in Davos (17. Juni bis 19. Juli 2013) wöchentlich und ab August 2013 meist noch einmal pro Monat (vgl. UV-act. 74, 84, 115). Zudem unterzog er sich mehreren Untersuchungen zur Klärung seiner Schmerzen. Aus der Behandlungsintensität und dem Umstand, dass trotz der regelmässigen Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten, kann jedoch nicht schon auf ein Erfüllen des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufes geschlossen werden. Dazu bedürfte es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C\_252/2007, E. 7.6. und 8C\_57/2008, E. 9.6.1, vom 3. Januar 2012, 8C\_786/2011, E 3.2, vom 1. April 2015, 8C\_791/2014, E. 4.2.5 und vom 4. August 2015, 8C\_108/2015 E. 4.5.3). Solche Gründe bestehen hier nach Lage der Akten nicht und könnten auch nicht in dem vom Beschwerdeführer aufgeführten Gesichtspunkt der langen Dauer der Behandlung gesehen werden (vgl. act. G 1 S. 11), denn diese ist

gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht mehr massgebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_239/2007 E. 6.4.3). Auch nichts zu ändern vermag, dass der Beschwerdeführer verschiedene Therapien absolvierte und verschiedentlich hinsichtlich der Schmerzursache abgeklärt wurde. Vom Beschwerdeführer wurde auch nicht geltend gemacht, dass die ärztlichen Untersuchungen oder die Therapien mit erheblichen (zusätzlichen) Schmerzen verbunden waren oder dass erhebliche Komplikationen auftraten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2014, 8C\_682/2013, E. 11.3 und vom 20. Oktober 2015, 8C\_510/2015, E. 6.3). Zu den Schwierigkeiten am Arbeitsplatz ist anzumerken, dass solche gemäss Rechtsprechung nicht als erhebliche Komplikationen gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2015, 8C\_436/2015; E. 3.2.3.6). Anzuführen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Laufe der Zeit verbesserte. So ergab eine ärztliche Untersuchung anfangs November 2013, dass keine psychotherapeutische Behandlung mehr erforderlich sei (vgl. UV-act. 130). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwar verschiedene Therapien Anwendung fanden, jedoch liegen weder besondere, den Heilungsverlauf beeinträchtigenden Gründe noch Komplikationen vor. Dieses Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig steht eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung zur Diskussion.

6.4.6 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 leichten Schädelhirntraumen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus 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 raschmöglichst 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). Der Beschwerdeführer unternahm innerhalb eines Jahres wiederholt aus eigener Initiative mehrtägige Arbeitsversuche, wenn auch immer im bisherigen Betrieb. Die Arbeitsversuche betrafen sowohl die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur als auch leidensangepasste Tätigkeiten. Die erbrachte Leistung in der angestammten Tätigkeit betrug dabei weniger als 50%. Regelmässig musste der Beschwerdeführer wegen Schmerzen die Arbeitsversuche abbrechen (vgl. UV-act. 47, 50, 52 und 120). Das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit trotz Anstrengungen kann bei diesem Sachverhalt als erfüllt betrachtet werden, wenn auch nicht im besonderen Umfange.

6.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass kein Adäquanzkriterium im besonders ausgeprägten Umfang gegeben ist und lediglich zwei Kriterien in nicht sehr ausgeprägten Umfang vorliegen. Selbst bei der Einstufung des Unfalls als mittelschweres Ereignis kommt diesem bei Erfüllung von zwei Adäquanzkriterien in nicht sehr ausgeprägtem Umfang keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden zu.

6.6 Bei fehlendem bzw. mit Erreichen des medizinischen Endzustands weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang ist ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht

weiter zu prüfen.

## **E. 7**

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 22. Mai 2014 abzuweisen. 7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.