

SO_GERICHTE VSBES.2016.221 vom 15. Juli 2016

SO Obergericht, 2016-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.221

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.221 du 15 juillet 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.221 del 15 luglio 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____, geb. 1948 (fortan: Beschwerdeführer), bezog seit 2001 eine halbe Rente der Invalidenversicherung (s. Suva-Akten [Suva] Nr. 8 S. 13). Im Rahmen seiner Restarbeitsfähigkeit war er bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet und dementsprechend bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert (s. Suva-Nr. 6), als er am 19. Dezember 2007 einen Auffahrunfall mit Kopfanprall erlitt (Suva-Nr. 8 S. 14). 1.2 Am 20. August 2010 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Suva-Nr. 1). Diese verfügte am 29. Januar 2013, für den Zeitraum vom 22. Dezember 2007 bis 30. November 2008 würden die gesetzlichen Leistungen in der Form eines Taggeldes sowie der Heilkosten erbracht; auf weitere Leistungen, namentlich eine Invalidenrente und / oder eine Integritätsentschädigung, bestehe mangels adäquater Unfallfolgen kein Anspruch (Suva-Nr. 53). Am 28. März 2014 erliess die Beschwerdegegnerin eine neue Verfügung, welche die Leistungen nunmehr per 31. Dezember 2008 einstellte (Suva-Nr. 98). Die dagegen am 15. Mai 2014 erhobene Einsprache (Suva-Nr. 101) wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 15. Juli 2016 ab (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei gerichtlich anzuweisen, für die von Dr. rer.nat. pract. med. B.____, Facharzt interventionelle Schmerztherapie, [...],empfohlene diagnostische Aufarbeitung des Schadenfalles (Blocken nach ISIS-Richtlinien im Sinne eines hängigen Beweisangebotes), die gestützt darauf erfolgende Langzeitbehandlung durch funktionelle perkutane Rhizotomie und die von Dr. C.____, empfohlene Therapie nach N. Bogduk Kostengutsprache zu erteilen. Nach erfolgter Durchführung dieser medizinischen Massnahmen sei eine Neubeurteilung des Falles vorzunehmen.

E. 3

a) Die Rechtsstreitsache sei unter Beizug der neurologischen, der neuro-otologischen, der psychiatrischen und der neuropsychologischen Fachrichtung zur Erstellung eines interdisziplinären Gutachtens, zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die Unfallversicherung zurückzuweisen, wobei dem Beschwerdeführer während der Abklärungszeit erneut die versicherten Unfallleistungen (Taggelder, Heilungskosten etc.) nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten ist. b) Eventualiter: Es sei eine gerichtliche Begutachtung den Fall des Beschwerdeführers betreffend durchzuführen, dies unter Beizug der neurologischen, der neuro-otologischen, der psychiatrischen und der neuropsychologischen Fachrichtung. c) Subeventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von

mindestens 10 % und einem unfallbedingten Integritätsschaden von mindestens 5 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.

E. 3.5

3.5.1 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b S. 360, mit Hinweisen). 3.5.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

3.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur

geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

E. 4

Die für das Unfallereignis vom 19. Dezember 2007 zuständige Haftpflichtversicherung, die D.____, sei im vorliegenden Beschwerdeverfahren gerichtlich gestützt auf § 56 Abs. 1 VRPG/SO i.V.m. Art. 74 ff. ZPO beizuladen. 5. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen. 6. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV). 7. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. Die Beschwerdegegnerin lässt in ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne, beantragen (A.S. 45 ff.). 2.2 Mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 lädt der Präsident des Versicherungsgerichts die Haftpflichtversicherung D.____ in das Verfahren bei (A.S. 55 f.), welche sich innert Frist nicht äussert. Der Präsident macht die Beiladung am 6. Januar 2017 wieder rückgängig (A.S. 58 ff.). 2.3 Am 20. März 2017 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung statt. Der Beschwerdeführer lässt seine Beschwerdebegehren Ziff. 1, 2, 3 und 7 bekräftigen, die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde (s. Verhandlungsprotokoll, A.S. 65 f.). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht eine Kostennote ein (A.S. 63 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfallereignisses vom 19. Dezember 2007 zu Recht mit Wirkung ab 31. Dezember 2008 verneinte. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 15. Juli 2016 eingetreten ist (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2015, Art. 52 N 60). 1.3 Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, der Einspracheentscheid enthalte keine fallbezogene und nachvollziehbare Begründung; ausserdem sei er nur ein Fragment, da Ziffer 6b der Erwägungen mitten im Satz abbreche («Auch bei der Ha», A.S. 12). Von einer Verletzung der Begründungspflicht kann indes keine Rede sein: Der Sozialversicherungsträger hat seine Entscheide zu begründen, wenn er den Begehren der Parteien nicht voll entspricht (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Dies soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Dies bedeutet indes nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder

tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 133 III 439 E. 3.3 S. 445, 124 V 180 E. 1a S. 181). Die Beschwerdegegnerin hat den Einspracheentscheid vom 15. Juli 2016 in diesem Sinne hinreichend begründet, indem sie die verschiedenen Arztberichte würdigte und sich auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts bezog. Dem Beschwerdeführer war es denn auch möglich, den Entscheid anzufechten und eine eingehende Begründung zu verfassen. Daran hat ihn auch das fehlende Ende der Erwägung 6b nicht gehindert; von einem Entscheidfragment zu sprechen, geht daher fehl. Im Übrigen wurde in der Beschwerdeantwort klargestellt, dass der fehlende Satzteil einige Zeilen weiter oben im gleichen Absatz ersichtlich ist und folgenden Inhalt hat (A.S. 48): «Auch bei der Haftpflichtversicherung wurde zu keinem Zeitpunkt ein Vorschuss oder eine Forderung zur Durchführung von Therapien und anderen Behandlungen verlangt, wie dies von Dr. med. C.____ gefordert worden ist». Auf diesen Punkt ging der Beschwerdeführer jedoch in der Folge nicht ein, obwohl er im Parteivortrag an der Verhandlung dazu Gelegenheit gehabt hätte. 2. Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (a.a.O.). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

3.3 Nach der in BGE 117 V 359 begründeten Praxis ist bei einem diagnostizierten Schleudertrauma der Halswirbelsäule (d.h. einer sehr häufig im Strassenverkehr verursachten Distorsion der Halswirbelsäule, medizinisch auch als kraniozervikales Beschleunigungstrauma bezeichnet) mit dem für diese Verletzung typischen Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) in der Regel davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (a.a.O., E. 4b S. 360). Demnach kann ein Unfall mit Schleudertrauma in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (E. 5d/aa S. 363 f.). Die Schleudertrauma-Praxis findet auch für Beschwerden nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus und nach einem Schädel-Hirntrauma Anwendung, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 S. 117). Das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung muss durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein, damit die auf solche Verletzungen zugeschnittene Rechtsprechung zur Anwendung kommen kann. Zwar wird nicht vorausgesetzt, dass sämtliche der zum sogenannten typischen Beschwerdebild dieser Verletzung gehörenden Symptome (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw., vgl. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Ereignis aufgetreten sein müssen.

Erforderlich ist aber, dass sich innert dieser Latenzzeit zumindest Kopfschmerzen oder Nackenbeschwerden manifestieren und sich erst im weiteren Verlauf das typische bunte Beschwerdebild entwickelt (Urteil des Bundesgerichts 8C_928/2008 vom 20. April 2009 E. 3.1; s.a. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 60). Bei der Schleudertrauma-Praxis ist (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen, s. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, aber anders als dort ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten, s. BGE 117 V 359 E. 5d/aa S. 364 und E. 6a S. 367) für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften, während die Unfallfolgen sowie Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, ausser Acht bleiben (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 61). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wiederum zu bejahen. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten; es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Diese Kriterien sind nach der präzisierten Rechtsprechung (a.a.O., E. 10.3 S. 130): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung - erhebliche Beschwerden - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 65). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (a.a.O., S. 64), während bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen die einfache Erfüllung eines der Kriterien ausreicht (a.a.O., S. 67). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang (BGE 134 V 109 E. 9 S. 121 ff.) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender

ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 2.2).

E. 4.1

4.1.1 Gemäss Polizeirapport machte der Lenker des Unfallfahrzeugs folgende Angaben zum Unfallhergang (s. Suva-Nr. 8 S. 4 + 9): Der Beschwerdeführer sei am 19. Dezember 2007 sein Beifahrer gewesen. Man sei gerade auf einer Hauptstrasse innerorts mit 50 km/h gefahren, als er dem Beschwerdeführer den vollen Aschenbecher habe zeigen wollen und deshalb ein bis zwei Sekunden abgelenkt gewesen sei. Als er, der Lenker, wieder auf die Fahrbahn geblickt habe, habe er bemerkt, dass vor ihm ein Wagen beim Zebrastreifen angehalten habe, um eine Fussgängerin über die Strasse zu lassen. Trotz Vollbremsung sei sein Auto in das Heck des stehenden Wagens geprallt, welcher dadurch auf den Fussgängerstreifen geschoben worden sei.

Im «Frageblatt HWS-Angaben zum Unfallhergang» erklärte der Beschwerdeführer am 18. Februar 2008 (Suva-Nr. 8 S. 14 f.), er sei im Kollisionszeitpunkt angeschnallt gewesen, habe sich aber nach vorne geneigt. Er sei auf den Zusammenstoss nicht gefasst gewesen und mit der Stirn gegen das Armaturenbrett resp. die Frontscheibe geprallt. Noch am gleichen Tag habe er sich wegen Kopfschmerzen bei Dr. med. E.____ in Behandlung begeben. Gegenwärtig leide er unter Schlafstörungen, Albträumen und Nackenschmerzen.

4.1.2 Der erste Arztbericht nach dem Unfall datiert vom 8. März 2008 (Suva-Nr. 8 S. 13). Darin diagnostizierte Dr. med. E.____, Arzt FMH für Innere Medizin, eine Schädelkontusion mit allenfalls leichter Commotio cerebri sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule. Der Beschwerdeführer klage über Kopf- und Nackenschmerzen sowie ein Rauschen im Kopf. Seit dem Unfall hätten sich die Beschwerden kaum gebessert. Schon zuvor habe ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndroms mit Somatisierungstendenz bestanden. Der Beschwerdeführer erhalte zur Schmerzmodulation NSAR und Antidepressiva. Die Dauer dieser Behandlung sei offen. Was die Wiederaufnahme der Arbeit betreffe, so sei allenfalls zwei bis drei Stunden täglich eine leichte Tätigkeit möglich. Eine Prognose wollte Dr. med. E.____ keine stellen.

Im Bericht vom 24. Oktober 2008 (Suva-Nr. 8 S. 12) bekräftigte Dr. med. E.____, dass der Beschwerdeführer bei der Kollision eine Schädelprellung mit leichter Gehirnerschütterung sowie ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe. Neben den vermehrten Kopf- und Nackenschmerzen sowie dem störenden Rauschen im Kopf seien seit dem Unfall Schlafstörungen aufgetreten. Die Situation habe sich nach der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers bis jetzt kaum gebessert. Solche Beschwerden liessen sich naturgemäss nur schwer objektivieren. Beim Beschwerdeführer komme erschwerend dazu, dass er schon

vor dem Unfall an chronischen Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule gelitten habe, weshalb es schwierig sei, den Anteil des Unfalls an der Schmerzsymptomatik festzustellen. Es sei immerhin festzuhalten, dass die Kopfschmerzen, das Rauschen im Kopf sowie die Schlafstörungen wohl als Folge des Unfalls anzusehen seien.

In einem weiteren Bericht vom 30. Dezember 2008 (unter Suva-Nr. 1) bestätigte Dr. med. E. ___ ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule. Die halbe Rente der Invalidenversicherung gehe auf rheumatische Beschwerden (Panvertebralsyndrom, Polyarthrosen der Fingergelenke) zurück. Die Kopfdrehung sei beidseits bis 45° möglich. Der Kinn-Sternum-Abstand betrage 5 cm. Über beiden Trapeziusmuskeln lasse sich eine Druckdolenz feststellen. Am Kopf sei keine Kontusionsmarke erkennbar. Röntgenaufnahmen seien keine erfolgt. Angesichts der leichten persistierenden Nackenbeschwerden sowie des Sausens und Surrens im Kopf sei die vorbestehende Restarbeitsfähigkeit von 50 % nun wohl um weitere 50 % eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe schon vor dem Unfall nicht mehr gearbeitet bzw. die Arbeitsversuche halbtags hätten zu starker Ermüdung und Rückenschmerzen geführt, mit einer konsekutiven Erholungszeit von ein bis zwei Tagen. Die NSAR-Therapie sei fortzusetzen. Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor, allerdings bei einem vorbestehenden Rückenleiden.

4.1.3 Dr. med. E. ___ führte in seinem Bericht vom 25. Februar 2011 (Suva-Nr. 16) aus, beim Aufprall sei der Beschwerdeführer nicht vorbereitet gewesen, er habe sich in gebückter Haltung befunden und den Kopf am Armaturenbrett angeschlagen. Er sei nicht bewusstlos gewesen und habe keine Spitalbehandlung benötigt. Bei der Untersuchung vom gleichen Tag seien keine äusseren Verletzungen feststellbar gewesen, weshalb er ■ Dr. med. E. ___ ■ die Sache als leichtgradiges Schleudertrauma mit direktem Kopfanprall beurteilt habe. Schulter- und Nackenschmerzen hätten schon vor dem Unfall bestanden. Danach seien zusätzlich Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, eine vermehrte Reizbarkeit sowie ein Rauschen im Kopf aufgetreten. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers hätten sich diese Beschwerden bis heute kaum gebessert. Wegen der vorbestehenden Beschwerden (chronisch rezidivierende Polyarthralgien der kleinen Fingergelenke, chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Periarthropathia humeroscapularis rechts mit beginnender frozen shoulder) sei der Beschwerdeführer schon ab 2003 nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Ein Schädel-MRT vom 16. Dezember 2010 habe eine fortgeschrittene degenerative und / oder mikrovaskuläre Leucencephalopathie bei höhergradig diffuser Hirnatrophie bifrontotemporal betont ergeben.

Dr. med. F. ___, Arzt FMH für Radiologie / Neuroradiologie, gelangte nach einem MRT der Halswirbelsäule vom 28. Februar 2011 (Suva-Nr. 17) zum Schluss, bildmorphologisch gebe es keine unmittelbaren Hinweise für eine traumatische Schädigung. Als Befunde hielt er fest:

- 1) Leichtgradige linkskonvexe skoliotische Fehllhaltung des zervikothorakalen Übergangs sowie betonte Lordose der Halswirbelsäule. Konsekutive rechtsbetonte Facettengelenksarthrose, insbesondere im Bereich der unteren Segmente.
- 2) Foraminäre Enge der rechtsseitigen Wurzel C4 sowie geringer ausgeprägt der rechten Wurzel C5 auf dem Boden degenerativer Veränderungen.
- 3) Insgesamt relativ gut erhaltene Bandscheibenfächer.

Die Dres. sc.techn. G.____ und H.____, Dipl.-Ing. [], sowie Dr. med. I.____, Facharzt für Rechtsmedizin, hielten in ihrer biomechanischen Kurzbeurteilung vom 8. März 2011 (Suva-Nr. 20) fest, der Aufprall habe eine Geschwindigkeitsänderung im Sinne einer Verlangsamung bewirkt, die unterhalb eines Bereichs von 20 bis 30 km/h gelegen haben dürfte. Bei einer frontalen Kollision wie hier sei die Belastung der Halswirbelsäule grundsätzlich geringer als bei einer Heckkollision. Der kritische Wert für nicht unerhebliche Beschwerden der Halswirbelsäule liege bei einem Frontalaufprall im Normalfall bei 20 bis 30 km/h. Es sei individuell zu prüfen, ob biomechanisch relevante Abweichungen vom Normalfall vorlägen; dabei werde der Umstand, dass ein Insasse auf die Kollision nicht vorbereitet gewesen sei, bereits im unteren Wert von 20 km/h berücksichtigt. Im vorliegenden Fall gebe es keine Informationen zum Umfang etwaiger vorbestehender Beschwerden der Halswirbelsäule. Da sich der Beschwerdeführer nach vorne geneigt habe, könne ein Kopfanprall auch bei getragenen Sicherheitsgurt nicht ausgeschlossen werden. Der Gurt lasse jedoch nur eine geringe Vorwärtsverlagerung zu und verhindere ein Nachstossen des Oberkörpers, weshalb ein Kopfanprall in dieser Situation nicht automatisch zu einer relevanten Belastung der Halswirbelsäule führen müsse. Mangels eindeutiger medizinischer Hinweise für einen Kopfanprall resp. eine Commotio cerebri, gehe man nicht von einer Abweichung vom Normalfall aus. Die nach dem Vorfall beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden der Halswirbelsäule seien in diesem Sinne durch die Kollisionseinwirkung nicht erklärbar. Bei vorbestehenden Beschwerden sei allenfalls eine kurzzeitige Verstärkung vorstellbar. Zur Entwicklung der Beschwerden über ein halbes Jahr hinaus lasse sich keine biomechanische Beurteilung mehr abgeben.

Dr. med. J.____, Facharzt für Allg. Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), erklärte in seiner Stellungnahme vom 6. April 2011 (Suva-Nr. 50), die Nackenschmerzen (welche bereits vor dem Unfall bestanden hätten) sowie das Rauschen im Kopf seien weiterhin nicht objektivierbar. Die Schlafstörungen und psychischen Veränderungen seien unklar. Die Bildgebung liefere keine Ursache für die Kopfschmerzen. Es sei noch der Bericht des Neurologen Dr. med. K.____ einzuholen.

Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 11. März 2011 (Suva-Nr. 19) ein chronisches craniocervicales Schmerzsyndrom. Der Beschwerdeführer klage seit dem Unfall über tags und nachts vorhandene chronische Kopfschmerzen mit dauerndem Druck und Rauschen. Diese Schmerzen seien vorwiegend rechts lokalisiert, würden vom Nacken bis ins rechte Auge ausstrahlen und hätten gelegentlich elektrisierenden Charakter. Der Beschwerdeführer nehme deshalb dreimal täglich Schmerztabletten. Er berichte weiter von einem mehrmals wöchentlich anfallsartig einsetzenden, bis zwei Minuten dauernden beidseitigen Augenflimmern, Schwindelsensationen sowie Konzentrations- und Schlafstörungen. Die Beschwerden hätten während der letzten drei Jahre sukzessive zugenommen und seien (unter Behandlung mit Froben 100 mg, Trimipramin 25 mg und Zaldiar nach Bedarf) weitgehend therapieresistent. Die klinische Untersuchung ergebe massive Blockierungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, aber ausserhalb der Untersuchung bewege der Beschwerdeführer den Kopf weitgehend frei. Bei unauffälligen organoneurologischen Befunden und einer normalen Hirnstromkurve bestünden keine Hinweise für eine cerebrale strukturelle Läsion. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Bagatellunfall und den invalidisierenden Beschwerden sei fraglich. Die Chronifizierung der Kopfschmerzen hänge möglicherweise

mit einem Analgetika-Abusus zusammen. Die Leucencephalopathie und Hirnatrophie seien unfallfremd; im Übrigen vermöge dieser Befund die Kopfschmerzen nicht zu erklären, wahrscheinlich handle es sich um mikrovaskuläre Marklagerveränderungen, die bisher nicht zu klinischen fokalen Ausfällen geführt hätten.

4.1.4 Dem Bericht von Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie sowie Hals- und Gesichtschirurgie, vom 11. Juli 2011 (unter Suva-Nr. 66) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 9):

- Status nach cervico-cephalem Akzelerations- / Dezelerationstrauma vom «head contact»-Typ (Contusio capitis fronto-lateralis rechts) im Rahmen der Frontalkollision vom 19. Dezember 2007

- posttraumatisches cervico-encephales Syndrom mit / bei

 - oTinnitus aurium utq., cochleo-motorischen und cervicogenen Ursprungs

 - operipher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links

 - ovisuo-visuo-oculomotorischer Funktionsstörung

 - ovisuo-vestibulärer Integrationsstörung

 - ocervico-visuellem «Mismatch» bei multisegmentaler Funktionsstörung der cervicalen Bewegungssegmente , pp der cervicalen Facettengelenke rechtsbetont

 - orechtsbetonten Cervico-Cephalgien

 - oneuro-psychologischen Defiziten

- vorbestehendes lumbo-vertebral betontes Schmerzsyndrom

- Status nach TIA bei arterieller Hypertonie am 23.Mai 2011 (s. Suva-Nr. 72a)

Der Beschwerdeführer sei als angeschnallter Beifahrer in eine Kollision verwickelt worden, als ein anderer Wagen mit 50 bis 60 km/h frontal in sein stehendes Auto aufgefahren sei (was sich indes nicht mit dem Polizeirapport deckt, wonach das Fahrzeug, in dem der Beschwerdeführer sass, gegen das Heck eines stehenden Autos prallte). Da der Beschwerdeführer in diesem Moment seinen Oberkörper nach vorne gebeugt habe und nicht vorbereitet gewesen sei, habe er sich eine Schädelprellung zugezogen, als er mit dem Kopf rechts frontal gegen den Rahmen der Windschutzscheibe geschlagen sei (S. 1). Unmittelbar danach seien ein Unwohlsein sowie ein Rauschen im Kopf aufgetreten, nach einer halben Stunde starke Schwindelgefühle und posturale Unsicherheit, sowie nach zwölf Stunden schnell zunehmende beidseitige Nacken- und Kopfschmerzen, rechtsbetont und mit Ausstrahlung bis zur Regio frontalis und den Augen. Am nächsten Tag sei die Nackenmuskulatur stark verspannt gewesen, mit zunehmender Einschränkung und Dolenz (S. 2).

Die Nacken- und Kopfschmerzen hätten Dauercharakter und seien von gleicher Intensität (mit intermittierend stärkeren Episoden). Sie würden nach wie vor von eingeschränkter und dolenter Kopfbeweglichkeit begleitet. Es bedürfe weiterhin einer analgetischen Behandlung. Die physiotherapeutischen Massnahmen hätten die Schmerzen kaum positiv beeinflusst. Die vorbestehenden «low back pain» hätten sich nach dem Unfall verstärkt und führten zunehmend zu Schwierigkeiten beim Laufen. Seit dem Unfall persistiere (mit kurzen beschwerdefreien Intervallen) ein fluktuierender Schwindel, vorwiegend im Sinne

eines Schwankschwindels. Hinzu komme beim Laufen und in Menschenmengen eine posturale Unsicherheit mit Hin- und Her-Gefühl sowie manchmal Brechreiz, verschwommenem Sehen und «mouches volantes». Der Schwindel werde ausgelöst und verstärkt durch schnellere Kopfbewegungen, stärkere Kopfschmerzepisoden und visuelle Reize. Seit dem Unfall bestehe links eine subjektive Gehörminderung. In beiden Ohren und im Kopf würden ein persistierendes und sehr störendes Rauschen beschrieben, ausserdem eine störende Photophobie. Schliesslich sei posttraumatisch eine zunehmende kognitiv-mnestische Symptomatik mit Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen sowie Störung der geteilten Aufmerksamkeit aufgetreten (S. 2).

Dr. med. C. ___ führte diverse Untersuchungen durch (S. 4 ■ 8). In seiner Beurteilung hielt er fest, die bisherigen Abklärungen seien rudimentär ausgefallen, nicht aussagekräftig und typisch unfallversicherungsmässig konzipiert. Erstens habe es die Beschwerdegegnerin bis jetzt vermieden, die notwendige audio-neuro-otometrische und aequilibrimetrische Diagnostik einzusetzen. Zweitens habe man die Relevanz des Unfallmechanismus für die biomechanische und kinematische Belastung des Oberkörpers und der cervico-cranialen Region sowie die sich daraus ergebenden häufigsten Mikroverletzungen und Funktionsstörungen innerhalb von zwei biokybernetischen, datenverarbeitenden Funktionssystemen (cervicale Bewegungssegmente und posturales Kontrollsystem) nicht genügend berücksichtigt, so dass patho-physiologisch gesehen am Grundproblem vorbeidiagnostiziert worden sei. Drittens vermisste man eine klare Trennung zwischen der prä- und posttraumatischen Symptomatik (S. 10). Die von ihm erhobenen Befunde erläuterte Dr. med. C. ___ wie folgt (S. 11 f.):

-Audiometrie: Das Gehör sei links um 22,3 % vermindert. Der ebenfalls unmittelbar nach dem Unfall ausgelöste Tinnitus sei von seiner Charakteristik her sowohl cochleo-motorischen (fehlende otoakustische Emissionen im Hochtonbereich) als auch cervicogenen Ursprungs (Fehlinformation aus dem cervicalen Rezeptoren-Pool über die direkten Verbindungen mit dem Innenohr und Nucleus cochlearis ventralis im Hirnstamm)

-Neuro-Otometrie und Aequilibrimetrie: Die Schwindelbeschwerden seien mit sehr kurzen Delay-Intervallen nach dem Unfall ausgelöst worden und objektivierbar. Es handle sich um eine multimodale, multi-senso-motorische Funktionsstörung innerhalb des posturalen Kontrollsystems und aller drei Subsysteme (vestibulär, visuo-oculomotorisch und cervico-proprioceptiv). Befallen seien alle vier wichtigen Reflexbögen (vestibulo-oculär, sacculo-collisch, cervico-collisch und cervico-oculär). Ausserdem würden alle drei Subsysteme der visuo-oculären Kontrolle von der Norm abweichen: Die Sakkadenlatenz sei verlängert und der Gain innerhalb des Blickfolgebewegungssystems und des optokinetischen Systems reduziert. Der vestibulo-oculäre Reflex weise eine Tonusdifferenz zu Ungunsten der linken Seite auf und seine Zeitkonstante sei reduziert. Bei den Lagerungen zeige sich ein «down beat»-Nystagmus, als Zeichen einer ponto-mesencephalen Funktionsstörung am Niveau des vertikalen Nystagmus-Generators. Dazu finde sich auch eine hochgradig reduzierte visuelle Suppression des vestibulär ausgelösten Nystagmus.

-Elektronystagmographie: Es lasse sich eine visuo-vestibuläre Integrationsstörung objektivieren, lokalisierbar am Niveau des vestibulären Kernkomplexes im Hirnstamm.

-Posturographie: Der Gesamtaequilibriumscore sei mittelgradig reduziert. Die sensorische Analyse weise auf eine gering- bis mittelgradig reduzierte visuelle und hochgradig

reduzierte vestibuläre Afferenz hin. Die verlängerte Latenz im motorischen Koordinationstest und die mittel- bis hochgradig reduzierte neuro-muskuläre Leistung der unteren Extremitäten sei auch auf eine Funktionsstörung entlang des vestibulo-spinalen Reflexes zurückzuführen.

-Cervico-Oculometrie: Es bestehe eine Funktionsstörung entlang des cervico-oculären und des cervico-collischen Reflexes mit erhöhtem Gain, was evidenzbasiert für einen Reizzustand des cervico-proprio-nociceptiven Pools im Bereich der oberen cervicalen Bewegungssegmente und des cervico-cranialen Übergangs spreche. Dieser erhöhte Reizzustand des cervicalen Rezeptoren-Pools führe einerseits über die direkten Verbindungen mit dem Hypothalamus und limbischen System zu einer zentralen Hypersensitisation und neuro-psychologischen Defiziten, andererseits über die proprioceptive Reizung mit direkten Verbindungen mit dem Nucleus vestibularis-Komplex zu einem cervico-visuellen «Mismatch», sowie zudem über die Reizung der cervicalen Nociceptoren über die direkten Verbindungen zum Nucleus trigemino-cervicalis zur Triggerung und Ausbreitung der Cervico-Cephalgien bis zur Regio frontalis.

-Die bildgebenden Techniken wie Computertomographie seien für die Erfassung von multisegmentalen Mikroläsionen und Funktionsstörungen im cervico-cranialen Bereich nicht aussagekräftig.

Zusammenfassend lasse sich anhand der sophistizierten neuro-otometrischen Testbatterie ein Befundmuster erheben, welches einerseits eine trimodale Funktionsstörung innerhalb des posturalen Kontrollsystems und der oberen cervicalen Bewegungssegmente, ausgelöst durch die posttraumatischen cervico-proprioceptive Dysfunktion und cervico-nociceptive Dysafferentation, sowie andererseits die sekundäre zentrale Hypersensitisation objektiv bestätige (S. 12). Ausserdem stünden diese Befunde in guter Korrelation mit der posttraumatisch ausgelösten Symptomatik des Beschwerdeführers. Da dieser vor dem Unfall nicht an dieser komplexen Symptomatik gelitten habe, und die anderen Ursachen mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könnten, stünden die neuro-otometrisch objektivierbaren Beschwerden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in einem direkten natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Vor allem anhand der cervico-oculometrischen Testverfahren stünden die multiloculären Mikroläsionen im Bereich der oberen cervicalen Bewegungssegmente bzw. am Niveau der Kapseln der cervicalen Facettengelenke im Vordergrund. Diese neuro-otometrischen Befunde erklärten auch aus topo-anatomischer und patho-physiologischer Sicht, warum die bisherige Behandlung der Kopf- und Nackenschmerzen, des Schwindels und der Gleichgewichtsstörung ohne Erfolg geblieben sei. Es sei bekannt, dass die allgemeinen multimodalen Therapiekonzepte, wie sie in den Rehakliniken praktiziert würden, nutzlos und sogar kontraproduktiv seien (S. 13). Es nütze wenig, die myofaszialen Strukturen der cervicalen Bewegungssegmente physiotherapeutisch zu behandeln, während die Facettengelenkkapseln und Meniskoiden aus ihrem proprioceptiven und nociceptiven Pool im Rahmen des Dysafferentationsprozesses ständig feuerten und zur reflektorischen Tonisierung der angrenzenden Muskulatur führten. Zuerst müsse dieser erhöhte Reizzustand ausgeschaltet werden, was nach dem heutigen Wissensstand nur mit dem diagnostisch-therapeutischen Verfahren nach Nikolai Bogduk möglich sei. Durch die multisegmentalen komparativen Blockaden der befallenen Bewegungssegmente liessen sich Läsionen, welche durch bildgebende Verfahren nicht objektivierbar seien, verifizieren. Anschliessend könne erfolgreich eine Therapie in Form einer perkutanen, gepulsten

Radiofrequenz-Neurotomie erfolgen (S. 14).

Dr. rer.nat. B.____, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, führte in seinem Bericht vom 18. August 2011 (unter Suva-Nr. 66) folgende Diagnosen auf:

- zervikocephales Akzelerations- / Dezelerationstrauma
- zervikocephales Syndrom, seit dem Unfall vom 19. Dezember 2007
- zervikobrachiales Syndrom, seit dem Unfall vom 19. Dezember 2007
- Schwindel
- Rückenschmerzen

Die klinischen Symptome deuteten auf Verletzungen der zervikalen Facettengelenke hin. Zur diagnostischen Aufarbeitung komme das Blocken nach ISIS-Richtlinien in Frage. Falls der Nachweis gelinge, sei eine Langzeitbehandlung durch funktionelle perkutane Rhizotomie angezeigt. Nach der Auswertung des «Patient health questionnaire depression» liege ein Major depressiv Syndrom vom schwersten Schweregrad vor.

4.1.5 Nachdem die Invalidenversicherung ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben hatte, beabsichtigte die Beschwerdegegnerin, sich daran mit Zusatzfragen zu beteiligen (Suva-Nr. 35 ■ 37). Die Gutachterstelle verlangte jedoch für die Beantwortung dieser Fragen eine Kostengutsprache (Suva-Nr. 39), was die Beschwerdegegnerin am 1. September 2011 ablehnte (Suva-Nr. 40). In der Folge verzichtete auch die Invalidenversicherung wegen des Alters des Beschwerdeführers auf eine externe Begutachtung, sondern liess ihn durch den RAD untersuchen (Suva-Nr. 62a).

Der RAD-Arzt Dr. med. J.____ stellte nach der Untersuchung vom 19. Oktober 2012 fest (Suva-Nr. 47), es liege sicherlich eine ausgeprägte Dekonditionierung vor. Der medizinische Sachverhalt sei aber komplex und von kaum bis nicht objektivierbaren Beschwerden durchzogen. Im Vordergrund stünden aktuell Kopfschmerzen, Schmerzen in Händen und Füßen, Schwindel, Schlafstörungen, Nervosität, «Lärm in den Ohren», tagelange Rückenschmerzen nach Heben von mehr als leichten Lasten sowie Vergesslichkeit. Subjektiv könne sich der Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende Arbeit halbtags vorstellen, sehe jedoch keine reale Perspektive, eine solche Stelle zu erhalten. Konzentration und Aufmerksamkeit könnten während des ganzen Gesprächs aufrechterhalten werden. Für eine Störung des semantischen oder episodischen Frisch- oder Altgedächtnisses gebe es keine klinischen Hinweise. Relevant seien die folgenden Diagnosen:

- bekanntes Panvertebralsyndrom mit Somatisierungstendenz
- kraniozervikales Schmerzsyndrom, verstärkt nach Auffahrunfall am 19. Dezember 2007
- intermittierender Schwindel, dito
- Fingerpolyarthrose
- Dupuytren-Kontraktur Dig. III und V rechts

Die Beschwerden seien teilweise durch objektive Befunde zu erklären. Es bestehe eine Selbstlimitierung (welche auch die Dekonditionierung erkläre), doch könnten nicht alle Symptome im Sinne einer Symptomausweitung interpretiert werden. An einem angepassten Arbeitsplatz (tendenziell leichte Arbeit, Möglichkeit zum Sitzen, Stehen und Gehen) sei

noch eine halbtägige Präsenz zumutbar; angesichts des Pausenbedarfs und der Haltungswechsel bestehe effektiv noch eine gesamthafte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 %. Es sei mithin per Dezember 2007 eine Verschlechterung eingetreten.

Auf dieser Grundlage erhielt der Beschwerdeführer am 28. Mai resp. 12. Juni 2013 per 1. Oktober 2009 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (Suva-Nr. 62e + 63a).

4.1.6 Die Suva-Kreisärztin Dr. med. L.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in ihrer Notiz vom 20. Dezember 2012 (Suva-Nr. 48) aus, der Unfall habe weder eine organische Veränderung eines Vorzustandes verursacht (auch nicht vorübergehend) noch einen solchen Vorzustand richtunggebend verschlimmert. Die MRI-Untersuchung der Wirbelsäule habe keine Hinweise für eine traumatische Schädigung ergeben, sondern eine C3/4 betonte Spondylarthrose, d.h. die Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich degenerativer Genese.

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in seiner Notiz vom 27. März 2013 (Suva-Nr. 61) dafür, man hätte den Schadenfall gar nie übernehmen sollen. Wäre der Unfall regulär gemeldet worden, so wären die Unfallfolgen mangels einer posttraumatischen strukturellen Läsion längstens nach anderthalb Jahren terminiert worden. In seinem Bericht vom 3. Juni 2013 (Suva-Nr. 62c) ergänzte Dr. med. M.____, man könne nicht differenzieren, ob die Kopfschmerzen Folge des Unfalls seien oder auf frühere Beschwerden zurückgingen; der Beschwerdeführer leide schon seit vielen Jahren an multiplen Schmerzsyndromen, insbesondere im Bereich der ganzen Wirbelsäule. Das MRT vom 28. Februar 2011 zeige keine posttraumatischen strukturellen Läsionen, sondern nur degenerative Veränderungen. Auch die neurologische Untersuchung bei Dr. med. K.____ sei völlig unauffällig. Bei einer solchen Sachlage würden Distorsionen der Halswirbelsäule nach der allgemeinen Lebenserfahrung nach neun bis allerspätestens zwölf Monaten abheilen, danach spiele der Unfall im Krankheitsbild überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr.

Die Suva-Ärztin Dr. med. N.____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 19. September 2013 (Suva-Nr. 81) fest, Dr. med. C.____ stelle seine Diagnosen trotz überwiegend unauffälliger Befundung und ohne kritische Interpretation der einzelnen Testergebnisse. Er verliere sich in einer kryptisch-terminologischen Beurteilung der Ursachen und der topografischen Ätiologie der Schwindelbeschwerden. Seine Schlussfolgerungen wirkten stereotyp, redundant und klinisch nicht relevant. Die angewandte Testbatterie gehe weit über das übliche Mass hinaus. Auch ein schwindelfreier Proband liefere divergierende Resultate, die einer physiologischen Schwankungsbreite unterlägen, ohne pathologisch bewertet werden zu müssen. Nicht alle der angewandten Untersuchungsmethoden seien genügend validiert, um eindeutige Rückschlüsse auf die Unfallkausalität zu erlauben. Ausserdem greife Dr. med. C.____ spekulativ in den orthopädischen, ophthalmologischen und zentral-neurologischen Status ein, weshalb die Beweiskraft seines Gutachtens fragwürdig sei. Der valide Nachweis eines unfallursächlichen vestibulären Organschadens fehle. Aus den vorliegenden Akten gehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hervor, dass die geklagten Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel und Tinnitus auf den Unfall von 2007 zurückgingen. Es sei nicht auszuschliessen, dass es sich beim Schwindel um eine dysfunktionale Verarbeitung

der somatischen Beschwerden handle. Da die Untersuchung durch Dr. med. C.____ wissenschaftlich nicht validiert sei, sei eine neuro-otologische Kontrolluntersuchung angezeigt.

Dr. med. L.____ stellte nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. September 2013 fest (Suva-Nr. 82), der Beschwerdeführer gebe an, dass er unmittelbar nach dem Unfall keine Beschwerden gehabt habe. Zwei bis drei Stunden später sei ein Ohrensausen aufgetreten, weshalb er noch am gleichen Tag seinen Hausarzt aufgesucht habe. Heute leide er vor allem an Gleichgewichtsstörungen sowie an Schwankschwindel. Seit dem Unfall ertrage er wegen des Lärmpegels Menschenmengen nur noch schlecht. Die verschiedenen Physiotherapien hätten zu keiner anhaltenden Regredienz der Beschwerden geführt. Es bestünden Zervikalgien bei Status nach Auffahrkollision am 19. Dezember 2007. Nach Aktenlage seien innerhalb der ersten 48 bis 72 Stunden keine sensomotorischen Ausfälle festgehalten worden. Strukturelle Läsionen, welche in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden, seien keine nachgewiesen. Die Beschwerden seien damit nicht organisch nachweisbar und nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Schon vor diesem hätten, auf dem Boden degenerativer Veränderungen, Facettengelenksarthrosen und eine foraminale Enge der rechten Wurzel C4 bestanden; der Unfall habe hier keine strukturellen Veränderungen bewirkt. Die Unfallfolgen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach zwölf Monaten nicht mehr für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich.

Der Bericht des Spitals O.____ vom 10. Februar 2014 (Suva-Nr. 96) äusserte den Verdacht auf einen cervikogenen Schwindel bei

-Status nach Akzelerations- / Dezelerationstrauma im Rahmen einer Frontalkollision am 19. Dezember 2007

-grenzwertiger peripher-vestibulärer Unterfunktion rechts bei fehlenden Spontan-Nystagmen und unauffälligem KIT, am ehesten kompensiert

-fortgeschrittener degenerativer und / oder mikrovaskulärer Leukencephalopathie bei höhergradiger Hirnatrophie (Schädel-MR vom Dezember 2010)

Zwei Stunden nach dem Unfall sei es zu einem Rauschen in den Ohren gekommen. Nach drei Monaten sei der Schwankschwindel aufgetreten. Die klinische Untersuchung sei unauffällig. Die Anamnese mit Nacken- und Kopfschmerzen lasse an einen cervikogenen Schwindel denken. Man empfehle daher eine Behandlung bei einem Chiropraktiker oder einem Rheumatologen.

E. 4.2

4.2.1 Beim Beschwerdeführer lassen sich keine organischen Folgen des Unfalls vom 19. Dezember 2007 nachweisen. Gemäss Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. L.____ vom 10. September 2013, welche auf einer eigenen fachärztlichen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht, sind die nach dem Unfall geklagten Beschwerden nicht objektivierbar. Dies korrespondiert einerseits mit der Therapieresistenz und dem teils inkonsistenten Verhalten des Beschwerdeführers. Andererseits müssen Untersuchungsergebnisse, um als objektiv zu gelten, reproduzierbar sowie von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sein. Von objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen resp. bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden

und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 252); eine manuelle Untersuchung erbringt in diesem Sinne keine objektivierbaren Ergebnisse (SZS 2009 S. 368). Die im vorliegenden Fall durchgeführten radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule und des Schädels ergaben keine strukturellen Läsionen, welche auf den Unfall zurückgeführt werden konnten, sondern lediglich degenerative, mithin nicht unfallbedingte Veränderungen; auch eine von der zu erwartenden Progression abweichende richtungsgebende Verschlimmerung des krankheitsbedingten Vorzustands lag nicht vor. Die (unauffällige) neurologische Untersuchung durch den Facharzt Dr. med. K. ___ förderte ebenfalls keine objektivierbaren Befunde zu Tage. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch die anderen beteiligten Kreisärzte bei ihren Aktenbeurteilungen eine unfallbedingte organische Schädigung verneinten.

Diejenigen Arztberichte, welche von organischen Schäden ausgehen, sind nicht geeignet, Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu wecken:

Der RAD-Arzt Dr. med. J. ___ hielt zwar fest, es lägen teilweise objektivierbare Befunde vor. Aus seinem Bericht vom 19. Oktober 2012 geht aber nicht hervor, welche der objektiven Befunde unfallbedingt und welche unfallfremd sind, weshalb der Bericht für die Belange der Unfallversicherung unbrauchbar ist.

Dr. med. E. ___ betonte am 24. Oktober 2008, es sei schwierig, die Beschwerden zu objektivieren und den vortraumatischen Anteil der Schmerzproblematik auszuschneiden. Dies stellt keine verlässliche Aussage dar, auf die abgestellt werden könnte. Im Übrigen handelt es sich bei Dr. med. E. ___ um einen Internisten und damit (wie bei Dr. med. J. ___) um einen fachfremden Arzt, dessen Aussagen weniger Gewicht zukommt als den fachärztlichen Feststellungen der Dres. L. ___ und K. ___.

Der Bericht von Dr. med. C. ___ stammt zwar von einem Facharzt und ist sehr ausführlich. Er vermag jedoch seine Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar aus der Befundung herzuleiten, wie auch die Kreisärztin Dr. med. N. ___ zutreffend feststellte, und ist damit nicht beweiswertig. Es bleibt unklar, welche Beeinträchtigung sich aus den Befunden ergeben soll. Diese Frage wird durch den Bericht des Spitals O. ___ beantwortet, wo man die (ohnehin nur grenzwertige) vestibuläre Unterfunktion als kompensiert ansieht, eine organisch verursachte Einschränkung also verneint. Bei den angewandten Untersuchungsmethoden ist kritisch zu bemerken, dass die Posturographie keine direkten Aussagen zur Ätiologie von Gleichgewichtsstörungen gestattet (Urteile des Bundesgerichts 9C_412/2011 vom 14. Juli 2011 E. 3.5.1 und 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 3.4), während die Elektronystagmographie gemäss den Leitlinien 2008 der Deutschen neurologischen Gesellschaft zum Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule für die Diagnostik nicht empfohlen wird (vgl. SZS 2009 S. 368). Zwar regt Dr. med. C. ___ noch eine Untersuchung nach der Methode Bogduk an; dies beruht aber auf seiner speziellen Sicht des Beschwerdebildes, welche nicht zu überzeugen vermag und daher auch kein Anlass für weitere Untersuchungen sein kann. Im Übrigen trifft Dr. med. C. ___ teils aktenwidrige Annahmen. So hält er etwa fest, die fraglichen Beschwerden seien alle innert eines Tages nach dem Unfall aufgetreten, was sich nicht mit den unfallnahen Unterlagen deckt, d.h. den Berichten von Dr. med. E. ___ sowie dem vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen. Andererseits geht Dr. med. C. ___ von einem unzutreffenden Unfallablauf aus, nämlich dass sich der Beschwerdeführer im stehenden Auto befunden habe und ein anderer Wagen frontal in dieses hineingefahren sei. Diese Fehler mindern den

Beweiswert seines Berichts zusätzlich.

Vor diesem Hintergrund bestehen auch keine geringfügigen Zweifel an der Einschätzung der Kreisärzte, sondern es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass keine objektivierbaren Gesundheitsschäden vorliegen, welche Unfallfolgen darstellen. Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung verzichtet wird (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Die Beschwerdegegnerin hat ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ die Abklärungen nicht einfach eingestellt, als die von der Invalidenversicherung vorgesehene Begutachtung altershalber unterblieb; vielmehr wurden in der Folge mehrere ärztliche Stellungnahmen eingeholt, welche die Beurteilung des Falls erlaubten. Von einer Verletzung der Abklärungspflicht kann keine Rede sein.

4.2.2 Was die nicht organisch nachweisbaren Unfallfolgen angeht, so ist auf die übereinstimmenden Aussage der Kreisärzte L.____ und M.____ abzustellen, wonach der status quo sine zwölf Monate nach dem Unfall (d.h. im Dezember 2008) erreicht wurde.

Die Berichte von Dr. med. E.____ legen keinen anderen Schluss nahe. Dieser begnügte sich am 24. Oktober 2008 mit der Feststellung, dass «wohl» eine Unfallkausalität bestehe, was in dieser Formulierung eine blosser Hypothese darstellt, die dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_1026/2012 vom 13. Februar 2013 E. 3.3, zum Begriff «dürfte»). Am 30. Dezember 2008 wiederum erklärte Dr. med. E.____ lapidar, dass ausschliesslich Unfallfolgen vorlägen, was er freilich sogleich relativierte, indem er auf die vorbestehenden Rückenschmerzen hinwies. Eine Begründung, warum er nun anders als zwei Monate zuvor von einer Kausalität überzeugt war, blieb er schuldig. Seine Beurteilung vermag daher nicht zu überzeugen und kann keine Beweiskraft beanspruchen.

Dr. med. C.____ geht davon aus, dass die fraglichen Beschwerden alle innert eines Tages nach dem Unfall aufgetreten seien. Da sich diese Annahme (wie bereits erwähnt, s. E. II. 4.2.1 hiervor) nicht mit den unfallnahen Unterlagen deckt, können die daraus gezogenen Schlüsse keine Geltung beanspruchen. Letztlich läuft die Beurteilung von Dr. med. C.____ darauf hinaus, dass vor dem Unfall keine der fraglichen Beschwerden vorlagen und deshalb ein Zusammenhang bestehen müsse, was eine unzulässige Argumentation nach dem Muster «post hoc ergo propter hoc» bedeutet. Auch auf seine Beurteilung kann daher nicht abgestellt werden.

Im Übrigen würde es, selbst wenn zwischen dem Unfallereignis und den aktuellen Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang bestünde, an der Adäquanz fehlen, wie sogleich zu zeigen sein wird (s. BGE 135 V 465 E. 5 S. 472).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat die Adäquanz im Hinblick auf die diagnostizierte Distorsion der Halswirbelsäule nach der Schleudertrauma-Praxis geprüft. Dies erscheint als fraglich, da echtzeitliche Belege über die innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eingetretenen Beschwerden fehlen. Die Frage kann aber offen bleiben, da die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Praxis zu verneinen wäre. Die sog. «Psycho-Praxis» ist nicht anwendbar, da kein psychisches, nicht mehr zu den typischen Beschwerden gehörendes Leiden im Vordergrund steht (s. dazu Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 60). Wenn Dr. rer.nat. B.____ von einer schweren Depression spricht, so hat dies keine Beweiskraft. Erstens ist Dr. rer.nat. B.____ kein Facharzt der Psychiatrie. Zweitens enthält sein Bericht keinen lege artis erhobenen Psychostatus, aus dem sich die fragliche Diagnose ableiten

liesse. Drittens schliesslich erwähnt kein anderer Arzt ein solches Leiden, obwohl es von seiner Schwere her auch für Ärzte anderer Fachrichtungen kaum zu übersehen wäre.

Eine einfache Auffahrkollision auf ein haltendes Fahrzeug, wie sie hier vorliegt, gilt in der Regel als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (s. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 64; Urteil des Bundesgerichts 8C_783/2016 vom 22. Februar 2016 E. 4.2). Dies hat hier umso mehr zu gelten, als der Aufprall im Stadtverkehr und nicht auf der Autobahn erfolgte (s. dazu Urteil des BundesgerichtsU 380/04 vom 15. März 2005 E. 5.1.2) und die Geschwindigkeitsänderung durch den Aufprall weniger als 20 bis 30 km/h betrug. Einen mittelschweren Unfall im engeren Sinn hat die Praxis z.B. bejaht, wenn sich ein Auto überschlug (s. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 65). Von einem vergleichbaren Ablauf kann im vorliegenden Fall keine Rede sein. Zudem lassen weder die in den Akten fotografisch festgehaltenen Beschädigungen an den beiden Fahrzeugen (Suva-Nr. 7 und Nr. 8 S. 10) noch die Reparaturkosten des unfallgegnerischen Wagens über CHF 7'285.65 (Suva-Nr. 8 S. 17) auf eine entsprechende Krafteinwirkung schliessen. Folglich müssen ■ sofern kein einzelnes davon besonders ausgeprägt ist ■ vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sein:

4.3.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist gemäss der bundesgerichtlichen Praxis objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 69). In casu kommt hinzu, dass es sich um eine Frontalkollision mit einer geringeren Krafteinwirkung als eine Heckkollision handelte (Suva-Nr. 20). Vor diesem Hintergrund ist der Vorfall vom 19. Dezember 2007 weder als besonders eindrücklich zu bezeichnen noch ereignete er sich unter besonders dramatischen Begleitumständen (s.a. Kasuistik bei Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 69 f.).

4.3.2 Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist namentlich deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts8C_435/2011 vom 13. Februar 2012E. 4.2.7). Die Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule genügt für sich allein noch nicht, es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden (was hier nicht der Fall ist) oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.). Letzteres kann z.B. bei einer vorgeschädigten Wirbelsäule der Fall sein, oder wenn beim Unfall eine besondere Körperhaltung eingenommen wurde (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 73 + 74 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer bezog zwar einerseits schon vor dem Unfall wegen verschiedener Leiden des Bewegungsapparats eine Rente der Invalidenversicherung. Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule sind aber vor dem Unfalldatum keine dokumentiert. Andererseits neigte er sich mit Kopf und Oberkörper gerade nach vorne, als es zum Aufprall kam. Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung ist aber davon auszugehen, dass der getragene Sicherheitsgurt auch in dieser Situation nur eine geringe Vorwärtsverlagerung zulies und ein Nachstossen des Oberkörpers verhinderte, die Wucht des Kopfanpralls also reduziert war und nicht automatisch zu einer relevanten Belastung der Halswirbelsäule führen musste. Somit fehlt es an aussergewöhnlichen Umstände, welche die Schwere oder besondere Art der Verletzungen begründen könnten.

4.3.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist bei objektiver Betrachtung nicht erfüllt. Die vorliegende ärztliche Behandlung beschränkte sich im Wesentlichen auf den Einsatz von Medikamenten. Manuelle Behandlungen wie Physiotherapie, aber auch Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen sind nicht zu berücksichtigen (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 72).

4.3.4 Die Erheblichkeit der Beschwerden 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 S. 128), wobei nur die dem Distorsionstrauma zuzurechnenden Beschwerden in Betracht fallen. Der Beschwerdeführer leidet zwar unter chronischen Kopf- und Nackenschmerzen etc. Die üblicherweise mit Schleudertraumen verbundenen Beschwerden genügen indes nicht, ansonsten das Kriterium bei jeder solchen Verletzung bejaht werden müsste und keine Bedeutung als Differenzierungsmerkmal mehr hätte (Urteile des Bundesgerichts 8C_730/2011 vom 9. Dezember 2011 E. 6.2.2 und 8C_938/2011 vom 14. August 2012 E. 5.3.4). Im vorliegenden Fall übersteigen die unfallbedingt aufgetretenen Schmerzen und die Beeinträchtigung nach Lage der Akten das bei derartigen Verletzungen Übliche nicht in einem Masse, als dass von «erheblichen Beschwerden» gesprochen werden könnte. Hinzu kommt, dass die geklagten Beschwerden zweifelhaft sind, nachdem Diskrepanzen zwischen der Untersuchungssituation und dem sonstigen Verhalten bestehen. Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass schon vor dem Unfall erhebliche Beschwerden am Bewegungsapparat bestanden, welche eine Rente der Invalidenversicherung ausgelöst hatten.

4.3.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Es reicht nicht aus, dass sich eine medizinische Massnahme nachträglich als nicht nutzbringend erweist, es müsste vielmehr ein gewisser Konsens über die Schädlichkeit einer bestimmten Therapiemethode bestehen (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 72 + 76).

4.3.6 Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufes und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein. Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden kann aber noch nicht auf dieses Kriterium geschlossen werden. Auch der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapie keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt hierfür noch nicht. Dasselbe gilt für die Durchführung verschiedener Therapien und die Einnahme vieler Medikamente (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 72 f. + 76). Es bedürfte vielmehr besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Vorliegend sind keine derartigen besonderen Umstände ersichtlich und auch keine Komplikationen eingetreten.

4.3.7 Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist nicht erfüllt, da nach dem Unfall keine solchen Anstrengungen bekannt sind. Der Beschwerdeführer ist vielmehr davon überzeugt, keine passende Stelle mehr zu finden, d.h. es fehlt am subjektiven Willen, aktiv an der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess mitzuwirken (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 76).

4.3.8 Folglich ist keines der sieben Adäquanz-Kriterien erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise, womitein rechtserheblicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. Dezember 2007 und den noch geklagten Beschwerden per Ende 2008 entfällt.

4.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 31. Dezember 2008 abgeschlossen, die Taggelder und die Heilbehandlung eingestellt sowie mangels Kausalität zwischen Unfall und Beschwerden eine Rente und eine Integritätsentschädigung verweigert. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist vollumfänglich abzuweisen.

5. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

6. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen und keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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