

SO_GERICHTE VSBES.2017.98 vom 20. Februar 2017

SO Obergericht, 2017-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.98

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.98 du 20 février 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.98 del 20 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. Februar 2017 und die Verfügung vom 5. Januar 2017 seien aufzuheben.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2017 (recte: 1. Februar 2017) und bis auf weiteres Taggeldleistungen und die Übernahme von Heilbehandlungskosten zu erbringen.

E. 2.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis). 3. 3.1 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 (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 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 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2015, 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 20. Februar 2017 – mitzuberücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis).

4. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 20. Februar 2017 (A.S. 1 ff.) die Unfallkausalität der durch den Beschwerdeführer weiterhin geklagten Beschwerden zu Recht verneint und ihre Leistungen daher per 31. Januar 2017 korrekterweise eingestellt hat.

5. Die medizinisch relevanten Akten präsentieren sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Bei der am 14. August 2015

erfolgten Erstbehandlung des Beschwerdeführers wies pract. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin, im Arzteugnis UVG vom 14. September 2015 (Suva-Nr. 9) die Diagnose eines «Beschleunigungstraumas HWS Grad II mit Kontusion Dig. I Hand rechts und lumbalen Schmerzen» aus. Im «Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma» vom 14. August 2015 (Suva-Nr. 10) hielt er fest, der Beschwerdeführer gebe an, beim Unfallereignis nicht bewusstlos gewesen zu sein, und es habe auch keine Gedächtnislücke bestanden. Es habe aber eine Angst- und / oder Schreckreaktion gegeben. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall mit dem Unfallauto als Lenker weiterfahren können. Er habe aber wegen den Nacken- und Rückenschmerzen die geplanten Tätigkeiten nicht verrichten können. Gemäss dem Beschwerdeführer hätten sich sofort nach dem Unfall Kopfschmerzen (Schmerzintensität 4) eingestellt, die als occipital und in den Nacken ausstrahlend beschrieben worden seien, und es seien Hörstörungen aufgetreten. Zudem habe der Beschwerdeführer spontan sowohl über Nackenschmerzen (Schmerzintensität 6) berichtet, die in die rechte Schulter ausgestrahlt hätten, als auch über sofort nach dem Unfall aufgetretene, leichte lumbale Schmerzen bei Bewegung, Schulterschmerzen rechts bei Bewegung sowie Daumenschmerzen rechts bei Belastung. Vor dem Unfall hätten keine behandlungsbedürftigen Beschwerden bestanden. Bei der Untersuchung der HWS habe eine Druckdolenz des Supraspinatus rechts, des Trapezius rechts, sternocleidomastoideus rechts proximal, suboccipital, an der gesamten Muskulatur der HWS, ohne ossäre Differenzialdiagnose an der HWS, sowie eine Klopfdolenz an der lumbalen Wirbelsäule festgestellt werden können. Es gebe keine Ruheschmerzen, aber einen Stauchungsschmerz mit Ausstrahlung in die Schulter rechts und lumbal. Der GSC (Glasgow Coma Scale) betrage 15. Es seien keine äusseren Verletzungen festgestellt worden. Der Beschwerdeführer habe bei der körperlichen Untersuchung fast nicht entspannen können. Es seien keine Röntgenaufnahmen durchgeführt worden. Die Therapie erfolge mit Analgetika, NSAR topisch und systemisch. Der Beschwerdeführer sei voraussichtlich vom 14. August bis 19. August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Pract. med. C.____ habe den Beschwerdeführer heute zum ersten Mal gesehen.

5.2 Die am 16. November 2015 (Suva-Nr. 32) durchgeführte MRI der HWS wurde wie folgt beurteilt: 1. Kein Nachweis posttraumatischer diskoligamentärer Läsionen. 2. Hochgradige Neuroforamenstenose durch Retrospondylose in den Segmenten C3/4 sowie C4/5, rechtsbetont.

5.3 Die am 18. November 2015 (Suva-Nr. 31) durchgeführte MRI der LWS wurde wie folgt beurteilt: Zeichen einer beginnenden Osteochondrosis intervertebralis L5/S1 mit Aktivierungszeichen und begleitender diskreter median betonter Bandscheibenprotrusion. Spondylarthrose L5/S1 beidseits, links deutlich ausgeprägter als rechts. Breitbasige Bandscheibenprotrusion L3/4 mit diskreter Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes. Kein Nachweis eines Bandscheibenprolapses im Bereich der LWS. Kein Nachweis einer spinalen Stenose. Epidurale Lipomatose in Höhe LWK5 und SWK1.

5.4 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 9. Dezember 2015 (Suva-Nr. 19) hielt pract. med. C.____ betreffend den Verlauf folgende Diagnose fest: «Beschleunigungstrauma Grad II mit Neuroforamenstenose C3/4 und C4/5 mit Bandscheibenprotrusion L3/4 mit Einengung Subarachnoidalraum». Zum bisherigen Verlauf und gegenwärtigen Zustand gebe der Beschwerdeführer an, immer noch einschliessende Schmerzen beim Kopfdrehen und momentan Schmerzen bei langsamen Bewegungen zu haben. Es gebe keine Verbesserung der Nackenschmerzen. Im Rücken seien immer noch Schmerzen vorhanden. Objektiv präsentiere sich ein normaler Gang. Die HWS sei kaum untersuchbar, sehr verspannt. Die Rotation nach rechts sei normal, nach links circa 50 % eingeschränkt. Die

In-/Reklination betrage 4/12 cm. Die Seitneigung rechts sei normal, links vermindert. Es bestünden ausgeprägte Myogelosen am Nacken/Hals rechts. Es sei eine Klopfdolenz über der LWS gegeben. Im Heilungsverlauf spielten keine unfallfremden Faktoren mit. Die gegenwärtige Behandlung erfolge mit Analgesie und Schonung, die PT (wohl: Physiotherapie) sei nach 18 Sitzungen ohne Besserung (lumbal) abgebrochen worden. In Bezug auf die weitere Behandlung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei bei Dr. med. P.____, Orthopädie, Q.____, angemeldet (Abklärung). Die Beratungen fänden unregelmässig statt, die letzte sei am 30. November 2015 erfolgt. Die voraussichtliche Dauer der Behandlung sei momentan unklar. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei am 5. September 2015 erfolgt. Momentan sei noch nicht beurteilbar, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei.

5.5 Im Bericht vom 28. Dezember 2015 hielten Dr. med. O.____, Leitender Arzt, und Dr. med. P.____, Leitender Arzt, Kompetenzzentrum für Wirbelsäulen Chirurgie, R.____, aufgrund der wirbelsäulen-chirurgischen Sprechstunde vom 17. Dezember 2015 folgende Hauptdiagnosen fest (Suva-Nr. 22): 1. Zustand nach Autounfall am 14. August 2015 mit Schleudertrauma 2. Sehr starke axiale Nackenschmerzen in die rechte Schulter ausstrahlend sowie tieflumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlungen in die Beine Der Beschwerdeführer habe am 14. August 2015 einen Autounfall erlitten. Seitdem verspüre er sehr starke axiale Nackenschmerzen in die rechte Schulter ausstrahlend sowie starke tieflumbale Rückenschmerzen. Er habe die Arbeit wieder aufgenommen, aber die Belastung verschlechtere die Schmerzen deutlich, welche nicht zum Aushalten seien. Die Beweglichkeit der HWS sei auch deutlich eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe mit Physiotherapie begonnen, welche schon eine gewisse Verbesserung der Beschwerden erbracht habe. Befund: Sehr harte verspannte, druckdolente paravertebrale Nackenmuskulatur und Muskel Trapezius. Keine Lehrmittezeichen und keine Langbahnzeichen. Keine sensomotorischen Ausfälle. Normales Vegetativum. Heftige Druckdolenz im tieflumbalen Bereich. Keine sensomotorischen Ausfälle der unteren Extremitäten. Röntgen: Die MRI Aufnahmen der HWS zeigten eine rechtsseitige Foraminalstenose hauptsächlich von C3/4 und weniger C4/5. Hier sei die Irritation von der C4 Wurzel möglich. Die MRI Bilder der LWS zeigten eine erosive Osteochondrose und fortgeschrittene Facettengelenksarthrose der Ebene L5/S1 mit Diskopathie. Es bestünden keine Verengung im Spinalkanal und keine Irritation der neuronalen Strukturen. Die Schmerzen stünden mit den degenerativen Veränderungen im Zusammenhang, aber seien vom Unfall ausgelöst worden. Es werde eine weiterhin sehr intensive Physiotherapie empfohlen. Der Beschwerdeführer sei für weitere zwei Wochen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden und er müsse intensiv Physiotherapie ausführen. Wenn die Schmerzen besser seien, könne er die Arbeit wieder ab Anfang Januar aufnehmen, vielleicht erst einmal nur zu 50 %. Wenn die Physiotherapie keine befriedigende Verbesserung der Beschwerden erbringe, könnten noch infiltrative Massnahmen angeboten werden, um die lokale Entzündung und Reizung zu lindern.

5.6 Im Bericht vom 23. Februar 2016 (Suva-Nr. 33) hielten Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 11. Februar 2016 folgende Hauptdiagnosen fest: 1. Sehr starke axiale Nackenschmerzen bei Zustand nach Schleudertrauma nach Autounfall am 14. August 2015 2. Mehrsegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit Foraminalstenose C3/4 und C4/5 rechtsbetont Der Beschwerdeführer beklage weiterhin sehr starke axiale Nackenschmerzen mit Ausstrahlung ins Occiput und manchmal in beide Schultern. Er habe die Arbeit wieder für zwei Wochen zu 100 % aufgenommen, jedoch hätten sich die Beschwerden deutlich verschlechtert. Deswegen sei er somit wieder 100 % arbeitsunfähig. Die tieflumbalen

Rückenschmerzen seien momentan eher erträglich, aber kehrten immer wieder zurück. Dem Beschwerdeführer seien die verschiedenen Therapiemöglichkeiten dargelegt worden. Eine Operationsindikation liege momentan nicht vor. Es sei eine extraforaminale Infiltration der Ebene C3/4 und C4/5 empfohlen worden, welche aber momentan vom Beschwerdeführer noch nicht gewünscht sei. Er mache weiterhin intensive Physiotherapie. 5.7 Im Bericht vom 30. März 2016 (Suva-Nr. 39) führten Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ folgende Hauptdiagnosen auf: 1. Sehr starke axiale Nackenschmerzen bei Zustand nach Schleudertrauma nach Autounfall am 14. August 2015 2. Mehrsegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit Foraminalstenose C3/4 und C4/5 rechtsbetont 3. Degenerative Facettengelenksveränderungen der Ebene C3/4 mit Verdacht auf Subluxation Der Beschwerdeführer habe in der letzten Zeit intensiv Physiotherapie durchgeführt, aber berichte weiterhin über sistierende starke axiale Nackenschmerzen und eine deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit. Sie hätten heute Röntgenbilder der HWS angefertigt, welche keine sekundäre Dislokation nachwiesen. In der Höhe C3/4 zeige sich aber eine massive degenerative Veränderung des Facettengelenks und es könne dort eine Subluxation nicht ausgeschlossen werden. Für weitere Abklärung sei eine CT-Untersuchung der HWS in die Wege geleitet worden. Dem Beschwerdeführer sei ein weiteres Arbeitsunfähigkeitszeugnis bis Ende Mai ausgestellt worden. Zudem sei ihm ein Rezept für ein anatomisches Kissen ausgehändigt worden. Nach der CT-Untersuchung werde der Beschwerdeführer sich wieder in der Sprechstunde einfinden und dann würden das weitere Procedere und die physiotherapeutische Behandlung nochmals besprochen.

5.8 Aufgrund der CT der HWS nativ vom 29. März 2016 (Suva-Nr. 49) wurde zum Befund festgehalten, dass zum Vergleich neben einem MRI der HWS vom 16. November 2015 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) auch auf ein konventionelles Radiogramm der HWS in zwei Ebenen vom 24. März 2016 zurückgegriffen werden könne. Aktuell und bei der erforderlichen Lagerung, Aspekt einer Streckhaltung der HWS sowie doppel-bogenförmige Skoliose von kraniozervikal bis proximal thorakal, wobei der maximale zervikale Skoliose-Winkel bei knapp 8 Grad liege; zudem bestehe im Segment HWK3/4 eine gewisse Rotation, ohne dass es zu einer vollständigen Dissoziation der Gelenkflächen oder einer Aufhebung des Alignements auf dieser Segmenthöhe komme. Darüber hinaus keine charakteristischen Stufenbildungen oder Diskontinuitäten an den Halswirbeln; ansonsten ossär analoge Situation zum oben genannten konventionellen Radiogramm. Aus dem MRI bekannte Diskopathie auf Höhe der jeweiligen Segmente zwischen dem 9., 6. Halswirbel mit bekannter Protrusion bis Extrusion des Discus intervertebralis auf Höhe HWK3/4, ohne dass hier eine signifikante Progressionstendenz gegenüber dem MRI auszumachen sei. Zelle keine Entwicklung einer Massen-Herniation eines zervikalen Discus intervertebralis. Die Beurteilung lautete wie folgt: Nachweis der oben im Einzelnen beschriebenen Situation auf Höhe HWK3/4, wobei letztlich nicht eindeutig zwischen einer möglicherweise schmerzbedingten Fehllhaltung bzw. -stellung und einer tatsächlichen geringfügigen Subluxation differenziert werden könne. Darüber hinaus bestehe kein Hinweis auf frische Frakturen an der HWS oder Entwicklung einer Massen-Herniation eines zervikalen Discus intervertebralis. 5.9 Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ hielten im Bericht vom 6. April 2016 (Suva-Nr. 47) betreffend die Sprechstunde vom 31. März 2016 folgende Hauptdiagnosen fest: 1. Sehr starke axiale Nackenschmerzen bei Zustand nach Schleudertrauma nach Autounfall am 14. August 2015 2. Verdacht auf Facettengelenksluxation der Ebene C3/4 links 3. Mehrsegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit Foraminalstenose C3/4 und C4/5 rechtsbetont Der

Beschwerdeführer stelle sich mit den frisch angefertigten CT-Bildern der HWS vor. Die Beschwerden seien unverändert mit starken axialen Nackenschmerzen und einer deutlich eingeschränkten Beweglichkeit der HWS bei Rotation und Reklination. Die CT-Bilder zeigten eine Luxation des Facettengelenks C3/4 auf der linken Seite, dadurch eine Rotation des Wirbelkörpers C3. Die Situation sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden. Es bestehe momentan keine 3D-Rekonstruktion zur Verfügung und es wäre noch unbedingt wichtig, die Situation genauer beurteilen zu können. Deswegen sei ein erneuter Kontrolltermin vereinbart worden, wo mit den 3D-Rekonstruktionen die weiteren Therapiemöglichkeiten besprochen würden.

5.10 Im Bericht vom 18. April 2016 (Suva-Nr. 54) bestätigten Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ die im Bericht vom 6. April 2016 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) ausgewiesenen Hauptdiagnosen, wobei sie anstelle des «Verdachts auf Facettengelenksluxation der Ebene C3/4 links» von einer «linksseitigen Facettengelenksluxation der Ebene C3/4» ausgingen. Die Luxation sei eine eindeutige Folge des Unfalls. Sie bestehe sehr wahrscheinlich seit letztem August und das erkläre die recht starken chronischen axialen Nackenschmerzen recht gut. Dem Beschwerdeführer seien die Bilder demonstriert und auch erläutert worden, dass hier eine operative Lösung nötig wäre. Es würden eine dorsale Resektion der Facettengelenke links und dadurch eine Reposition wie dorsale Spondylodese C3/4 mit massa lateralis Schrauben empfohlen. Der Beschwerdeführer habe momentan Angst vor der Operation und möchte auf keinen Fall eine operative Versorgung.

5.11 Der Kreisarzt Dr. med. S.____, Facharzt für Chirurgie, hielt am 28. April 2016 fest (Suva-Nr. 55), es liege eine linksseitige Facettengelenksluxation HWK3 als strukturell objektivierbare Folge des Unfalls vom 14. August 2015 mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit vor. Bei der vorgeschlagenen Operation handle es sich mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Unfalls vom 14. August 2015. Von anderen Behandlungen / Therapien könne «eher nicht» mit einer wesentlichen Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustands ausgegangen und damit einer Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

5.12 Im Rahmen der durch die F.____ in Auftrag gegebenen ärztlichen Beurteilung vom 27. Mai 2016 (Suva-Nr. 67) hielt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, [...], zusammenfassend fest (S. 13), es ergäben sich unfallbedingt keine Hinweise für die von den Wirbelsäulenchirurgen postulierte linksseitige Fazettengelenksluxation auf Höhe C3/C4 der Halswirbelsäule. Es handle sich um einen unfallunabhängig bestehenden isolierten Befund, für den initial keine Klinik bestanden habe. Die Beschwerden seien auf der anderen Seite empfunden worden. Die biomechanisch ermittelte Delta-v spreche gegen einen Unfallschaden der HWS und die initial angegebene lumbale Schmerzsymptomatik sei ebenfalls nicht begründbar.

5.13 Im Rahmen des ambulanten Assessments in der H.____ vom 23. Mai 2016 stellten Dr. med. T.____, Assistenzärztin Arbeitsorientierte Rehabilitation, und der stellvertretende Medizinische Leiter U.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, im Bericht vom 31. Mai 2016 (Suva-Nr. 71) folgende Diagnosen: A. Unfall vom 14. August 2015: PW-Heckaufprall A1 HWS-Distorsion QTF II - 16. November 2015 MRI HWS: Kein Nachweis posttraumatischer diskoligamentärer Läsionen. Hochgradige Neuroforamenstenose durch Retrospondylose in den Segmenten C3/4 sowie C4/5, rechtsbetont - Zervikospondylogenes Syndrom A2 LWS-Kontusion - 18. November 2015 MRI LWS: Zeichen einer beginnenden Osteochondrosis intervertebralis LWK5/S1 mit Aktivierungszeichen und begleitender diskreter, median betonter Bandscheibenprotrusion. Spondylarthrose L5/S1 beidseits, links deutlich ausgeprägter als rechts. Breitbasige Bandscheibenprotrusion L3/4 mit diskreter

Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes. Kein Nachweis eines Bandscheibenprolapses im Bereich der LWS. Kein Nachweis einer spinalen Stenose. Epidurale Lipomatose in Höhe LWK5 und SWK1 A3 Prellung Daumen rechts - Elektrisierende Schmerzen am Thenar und Unterarm radialseitig B. Adipositas Grad 1 (BMI 30 kg/m²) Die aktuellen Probleme seien: 1. Erhebliche Symptomausweitung, 2. Spontane bewegungs- und belastungsverstärkte Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken und beide Schultern rechtsbetont, 3. Belastungsabhängige Kopfschmerzen, vom Nacken ausstrahlend, 4. Durchschlafstörung, schmerzbedingt, 5. Kognitive Probleme, vermehrte Vergesslichkeit, 6. Lumbalgien, ohne Ausstrahlung, 7. Belastungsbedingte intermittierende elektrisierende Schmerzen ausstrahlend vom Thenar bis in den Ellenbogen radialseitig. Aus medizinisch-diagnostischer Sicht wäre bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine gewisse Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen (S. 2). Aktuell seien keine weiteren Abklärungen erforderlich. Beim heutigen Assessment habe für aktive und passive Therapiemassnahmen ein mässiger Zugang gefunden werden können. Der Beschwerdeführer habe eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt. Die minimale Performance sei nicht erreicht worden. Anhand der Abklärungsergebnisse werde eine intensiviertere ambulante Therapie in Form von zweimal wöchentlich aktiver Einzelphysiotherapie und zusätzlich dreimal wöchentlich medizinischer Trainingstherapie (MTT) empfohlen. In der Einzelphysiotherapiesitzung sollten folgende Ziele verfolgt werden: Verbesserung der Muskelfunktion zur Stabilisierung der Wirbel und Haltungskorrektur, Propriozeption, Instruktion und Überprüfung der Heimübungen. Die einzeltherapeutischen Sitzungen sollten auch dazu genutzt werden, schmerzmodulierende Techniken und ergonomische Arbeitshaltung und Entlastungstechniken zu vermitteln. Darüber hinaus werde dreimal wöchentlich MTT zur längerfristig sukzessiven weiteren Steigerung der Belastbarkeit zur Verbesserung der allgemeinen Ausdauer und der berufsspezifischen Kraft- und Ausdauerkomponente sowie zur allgemeinen Rekonditionierung empfohlen, mit einer verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise im Sinne eines stufenweisen Aufbaus der Belastung. Nach circa acht Wochen könne ein selbständiges Training in einem Fitness-Studio fortgeführt werden. Zur Erweiterung der aktivierenden Massnahmen würden regelmässige, mindestens 30-minütige Spaziergänge in der Natur sowie Ausdaueraktivitäten, wie z.B. Nordic Walking oder Schwimmen, empfohlen. Die vom Beschwerdeführer als angenehm empfundene Wärme im Bereich des Nackens sollte weiter angewendet werden. Ihm seien die Broschüren der Beschwerdegegnerin, «Vestibuläre rehabilitation» und «Schmerzratgeber», erläutert und mitgegeben worden. Sie hätten ihn ermuntert, die hier aufgeführten Empfehlungen konsequent im Alltag und Arbeitsalltag umzusetzen. Die während des heutigen Assessments instruierten Übungen seien dem Beschwerdeführer in Form eines Heim- und Trainingsprogramms abgegeben worden. Sie hätten ihn ermuntert, die Heimübungen mehrmals täglich durchzuführen. Das Mustertrainingsprogramm sollte der Beschwerdeführer mit dem Physiotherapeuten im ambulanten Setting besprechen und durchführen (S. 4). Die Selbstmassage mit einem Igelball sei ausprobiert und als hilfreich empfunden worden. Sie hätten dem Beschwerdeführer einen Igelball abgegeben. Hinsichtlich der Gefahr für die Entwicklung eines Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzes werde eine Reduktion der Schmerzmitteleinnahme ab sofort auf maximal zehn Tage pro Monat empfohlen. Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, seinen Medikamentenkonsum täglich

aufzuschreiben, die Schmerzmittel nur bei dringendem Bedarf und nicht regelmässig einzunehmen und bei Schmerzsteigerung nicht zuerst auf Medikamente zurückzugreifen, sondern mit aktiven Übungen, Dehnungsübungen, lokaler Wärmeanwendung und Igelball-Selbstmassage eine Schmerzlinderung zu erzielen. Unter obigen Therapieempfehlungen und im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die heutigen Resultate sei von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es werde eine Kontaktaufnahme mit dem Beschwerdeführer durch den Aussendienst der Beschwerdegegnerin in vier Wochen zur Überprüfung des Therapieerfolges empfohlen. Unter Berücksichtigung obiger Empfehlungen sei die Prognose derzeit ungewiss. Die Empfehlungen seien an der Schlussbesprechung mit dem Beschwerdeführer in Anwesenheit der testenden Physiotherapeutin besprochen worden. Er sei einverstanden (S. 5).

5.14 In der Sprechstunde für Wirbelsäulen Chirurgie vom 6. Juni 2016 (Suva-Nr. 72) stellten Dr. med. V.____, Leitender Arzt Wirbelsäulen Chirurgie, und Prof. Dr. med. W.____, Leiter Wirbelsäulen Chirurgie, I.____, folgende Diagnosen: Persistierende Cervicalgien mit Zustand nach cranio-cervicalem Akzelerationstrauma nach Autounfall am 14. August 2015 mit uniaxialer Luxationsfraktur C3/4 links. Es sei etwas unverständlich, wie man die offensichtlich heftigen Symptome des Beschwerdeführers solange habe ignorieren können und nicht die übliche CT-Diagnostik durchgeführt habe. Bekannterweise würden bis zu 30 % der traumatischen HWS-Verletzungen im konventionellen Röntgenbild der HWS übersehen, was Studien klar belegten. Zusammen mit den Canadian-C-Spine-Rules hätte man hier, wenn auch nicht vielleicht sofort, sicher aber zeitnah, eine adäquate CT-Diagnostik durchführen müssen. So sei es leider zu einer deutlich verzögerten Diagnosestellung gekommen. Sie würden sich der Operationsempfehlung mit einem dorsalen Verfahren anschliessen, bei der man die Facette wegstanzen könne, das Narbengewebe entferne und, soweit es gehe, reponieren könne mit zusätzlicher Dekompression, falls erforderlich je nach Reponierbarkeit. Nach so langer Zeit sei jetzt aber sicher mit Restbeschwerden zu rechnen, da man davon ausgehen könne, dass es bereits zu einer Schmerzchronifizierung gekommen sei. Nichtsdestotrotz sollte man hier nichts unversucht lassen, die Situation des Beschwerdeführers zu verbessern. Der Beschwerdeführer möchte sich seine Situation nochmals überlegen und sich auch allenfalls mit dem Hausarzt besprechen. Gerne stünden sie zur Verfügung, sollte die operative Versorgung durch sie gewünscht sein. Zu rechnen sei mit einem 5-tägigen stationären Aufenthalt. Eine Rehabilitation sei primär postoperativ nicht indiziert. Gegebenenfalls würde diese aber noch zur Rekonditionierung des Beschwerdeführers im Verlauf Sinn machen, um diesen auch dauerhaft wieder im Berufsprozess zu integrieren. Als Kranführer seien zwar hier viele Tätigkeiten mit nach oben gerichtetem Blick zu verrichten, was momentan so nicht gehe. Im Verlauf sei aber zu hoffen, dass diese Möglichkeit wieder bestehe, zumal der Beschwerdeführer in seiner Position auch nicht unbedingt hart körperlich arbeiten müsse.

5.15 Prof. Dr. med. J.____, Chefarzt des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin, K.____, erstellte am 25. August 2016 ein Fachradiologisches Gutachten (Suva-Nr. 85). Zusammenfassend komme er zur Beurteilung, dass beim Beschwerdeführer eine angeborene Fehlbildung vom HWK4 vorliege, welche in der Literatur auch als «Congenital Defect of the Posterior Arch» bezeichnet werde. Die Fehlbildung bestehe in einer fehlenden Anlage des linksseitigen Pedikels mit konsekutiv erweitertem Neuroforamen und einer dysplastischen Gelenkfacetten von HWK. Die Anomalie könne mit einer Spina bifida occulta assoziiert sein. Die mit der Fehlbildung assoziierten leichten Asymmetrien der ipsilateralen Fazettengelenke habe zu einer leichten Arthrose im

Fazettengelenk C4/C5 links geführt. Wie in der Arbeit von Song et al. beschrieben werde (vgl. Suva-Nr. 85 S. 4 ff.), sei diese spezielle Wirbelsäulenfehlbildung selten und führe oft zu Fehldiagnosen, indem diese Anomalie als traumatische HWS-Verletzung interpretiert werde. Der Fakt, dass zeitnah zum inkriminierten Trauma ein MRI vorliege, welches keine strukturelle Verletzung (inkl. ein normales Myelon) zeige, lasse die Aussage zu, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Trauma vom 14. August 2015 zu keiner strukturellen Läsion der HWS gekommen sei. 5.16 Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ hielten in ihrem Bericht vom 19. August 2016 (Suva-Nr. 90) fest, ihre wirbelsäulen-chirurgische Meinung sei, wie auch schon in den ambulanten Berichten geschrieben worden, dass die Facettengelenksluxation der Ebene C3/4 links eindeutig mit dem Unfall im Zusammenhang stehe. Eine andere Ursache sei nicht möglich, da so eine Luxation wegen degenerativen Veränderungen oder spontan nicht entstehen könne. Andererseits wäre hier eine operative Lösung nötig mit Reposition und Fixation dieses Segments. Der Eingriff sei natürlich eine hochriskante Operation, deswegen möchte der Beschwerdeführer davon noch Abstand nehmen. Wie lange die Nackenbeschwerden ohne Operation noch persistierten, könne man nicht einschätzen. Diese Meinung bestätigten die Ärzte auch in den Berichten vom 8. September und 2. Dezember 2016 (vgl. Suva-Nrn. 98, 111). 5.17 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 7. September 2016 (Suva-Nr. 92) hielt Dr. med. E.____ zusammenfassend fest (S. 5), das Gutachten von Prof. Dr. med. J.____ habe die offenen Fragen geklärt. Der Unfall vom 14. August 2015 habe zu keinen strukturellen, traumabedingten, objektivierbaren Folgen geführt, welche nachweisbar seien. Somit seien die heute beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 14. August 2015 zurückzuführen. 5.18 Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie FMH, X.____, hielt in seinem Bericht vom 10. November 2016 betreffend die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 15. Januar 2016 (recte: 15. Oktober 2016) folgende Diagnosen fest (Suva-Nr. 104): Status nach Unfallereignis vom 14. August 2015 mit Heckaufprall - Status nach HWS-Distorsionstrauma Quebec-task-force II - MRI der HWS vom 16. November 2015: Keine posttraumatische diskoligamentäre Läsion. Neuroformalstenose, Retrospondylodese und Segmente HWK3/4 und HWK4/5 rechtsbetont Adipositas I Die Zuweisung des Beschwerdeführers sei zur neurologischen Beurteilung und Evaluation bei Zustand nach einem Unfallereignis am 14. August 2015 zur Beurteilung der persistierenden Symptomatik mit Kopf- und Nackenschmerzen, Angabe von Schwindelbeschwerden bei Kopfkinklation und Frage nach weiteren diagnostischen und therapeutischen Prozedere erfolgt. Klinisch-neurologisch finde sich ein Beschwerdeführer ohne motorische, sensorische und / oder relevante koordinative Dysfunktionen: Die Hauptauffälligkeit auf Höhe der HWS beinhalte eine Erhöhung des Muskeltonus, wobei sich primär ein Gegenhalten auf passive Beweglichkeit manifestiere, eigentliche myogelotische Veränderungen oder eine Hypertrophie der Muskulatur hingegen fehlten. Ergänzend seien bei der vorliegenden Konstellation die sensibel evozierten Potenziale durchgeführt worden. Diese zeigten ebenfalls einen Normalbefund ohne sensible Afferenzstörung. In der erfolgten Bildgebung werde in der Bildbeurteilung seitens der Wirbelsäulenchirurgie am Q.____ eine Facettengelenksluxation HWK3/4 links beschrieben, welche mit dem Unfall in Zusammenhang stehe. Diesbezüglich werde er die Röntgenbilder noch physisch einsehen, da ihm bis heute lediglich die MRI Bildgebungen vorlägen. In Kenntnis dieser MRI Befunde werde er abschliessend Stellung beziehen. Es sei zu erwähnen, wonach es sehr schwer falle, bei dieser Beschwerdekongstellatation die Angaben des Beschwerdeführers wirklich nachzuvollziehen. Eigentliche motorische oder sensorische

Ausfälle bestünden keine. Das deutliche Gegenhalten deute tendenziell eher auf eine Symptomausweitung denn auf eine organisch-strukturelle Ursache der Gesamtkonstellation hin. 5.19 Dr. med. P.____ hielt in seiner «wirbelsäulen-chirurgischen Meinung» vom 15. Dezember 2016 (Suva-Nr. 125 S. 8) fest, er habe die Meinung von Prof. Dr. med. J.____ studiert (vgl. E. II. 5.15 hiervor) und ebenfalls den beigelegten Artikel gelesen. Von radiologischer Seite her habe dieser höchstwahrscheinlich Recht und es handle sich hier um eine angeborene Malformation anstatt eine traumatische Luxation. Dieser Fall sei extrem selten, deswegen sei er von ihm wahrscheinlich falsch interpretiert worden. Komischerweise habe der Beschwerdeführer ein Jahr nach dem Unfall immer noch sehr starke Nackenschmerzen und eine deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit. Diese Symptomatik könne klinisch auf eine Subluxation hinweisen, aber es bestehe wahrscheinlich nur eine höhere Empfindlichkeit der Halswirbelsäule des Beschwerdeführers wegen dieser angeborenen Malformation. In diesem Fall handle es sich wahrscheinlich um einen deutlichen Muskelhartspann der paravertebralen HWS-Muskulatur, weswegen die Beschwerden immer noch persistierten. In einem späteren Bericht vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 131) empfahlen Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____, eine Zweitmeinung in der Klinik N.____ einzuholen. 5.20 Dr. med. Y.____ hielt am 18. Dezember 2016 (Suva-Nr. 113) fest, im Nachgang zur Untersuchung habe er die Bildgebungen der Halswirbelsäule beim Beschwerdeführer angeschaut und nehme zum weiteren Procedere Stellung. Im Kontext mit der Bildgebung teile er die Meinung von Dr. med. P.____, wonach die Facettengelenksluxation auf Höhe HWK3/4 zumindest einen Teil der Beschwerden verursachen könne. Hier wäre die Therapie diejenige der operativen Reposition und Fixation des Segments. Allerdings bestehe beim Beschwerdeführer auch eine sehr deutliche Symptomatologie der Symptomausweitung, wobei er auf seinen Bericht vom 8. November 2016 (vgl. E. II. 5.18 hiervor) verweise. 5.21 Der Kreisarzt Dr. med. E.____ hielt in seiner Beurteilung vom 27. Dezember 2016 (Suva-Nr. 114) fest, durch eine weitere Behandlung / Therapie sei nicht mit einer wesentlichen Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustands zu rechnen und es könne damit auch keine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. In der ärztlichen Beurteilung vom 7. September 2016 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) sei aufgrund des radiologischen Fachgutachtens vom 25. Juni 2016 von Prof. Dr. med. J.____ (vgl. E. II. 5.15 hiervor), unmissverständlich dokumentiert worden, dass der Unfall vom 14. August 2015 zu keinen strukturellen, traumabedingten, objektivierbaren Folgen geführt habe. Somit seien die heute beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 14. August 2015 zurückzuführen. Daher: fehlende Kausalität = keine Behandlung / Therapie zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 5.22 Dr. med. M.____, Leitender Arzt, Wirbelsäulenchirurgie / Neurochirurgie, N.____, Muskulo-Skelettal Zentrum, hielt im Rahmen seiner wirbelsäulenchirurgischen Zweitmeinung vom 21. März 2017 folgende Diagnosen fest (Beschwerdebeilage Nr. 23): - Zervikalgien bei Status nach Autounfall August 2015 - Kongenitale Veränderungen C3/4 links - Langanhaltende Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2016 – anamnestische Angaben) Der Beschwerdeführer leide an kontinuierlichen Zervikalgien, die belastungsabhängig zunehmen. Die Beschwerden seien nach einem Autounfall aufgetreten und seither, trotz der bisherigen Therapiemassnahmen, persistierend. Radiologisch zeigten sich einerseits beginnende degenerative Veränderungen im mittleren zervikalen Bereich C3-C5 und andererseits bestehe eine Spondylolyse C3 links. Diese Spondylolyse scheine am ehesten anlagebedingt zu sein und entspreche einer Formationsstörung, die selektiv die dorsalen Strukturen der

Wirbelsäule betreffe. Ein Unfallereignis könnte als Schmerzauslöser betrachtet werden, auch wenn die unilaterale Spondylolyse C3 links vorbestehend wäre. Die aktuell geschilderten Beschwerden könnten in ihrem Ausmass mit den radiologischen Befunden nicht erklärt werden, somit könne aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht keine Therapieempfehlung gegeben werden. 5.23 Im Bericht vom 20. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 24) führten Dres. med. O.____ und P.____ folgende Diagnosen auf: 1. Starke Zervikalgien bei Zustand nach Autounfall vom August 2015 2. Angeborene Veränderungen HWK3/4 links mit Spondylolyse C3 links sowie leichte Formationsstörungen im Bereich massa lateralis C4 links 3. Erneuter Unfall mit HWS-Distorsion im März 2017 Der Beschwerdeführer habe sich im März 2017 erneut eine HWS-Distorsion zugezogen, die die Nackenbeschwerden verschlechtert habe. Die auf der Notfallstation durchgeführten Röntgenaufnahmen hätten keine Traumafolgen nachgewiesen. Der Beschwerdeführer habe dann wieder mit Physiotherapie angefangen, welche die Beschwerden etwas gelindert habe. Laut der Beurteilung der N.____ handle es sich hier um eine kongenitale Malformation der HWK3 und 4 mit Spondylolyse und keine traumatische Luxationsfraktur. Es sei momentan klar, dass beim Beschwerdeführer eine kongenitale Anomalie bestehe. Die Beschwerden, ein deutlicher Muskelhartspann und Fehlhaltung der HWS seien als Folge des Unfalls zu betrachten. Dem Beschwerdeführer sei für die Lockerung der Rückenmuskulatur weiter Physiotherapie empfohlen worden und es sei ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Mai 2017 attestiert worden. 6. Aufgrund der vorliegenden Akten ist unbestritten und somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 14. August 2015 einen Auffahrunfall erlitt, indem ihm ein nachfolgendes Auto ins Heck seines stehenden Personenwagens aufgefahren ist. 7. Zur Frage, ob beim Beschwerdeführer eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit objektivierbaren Veränderungen vorliegt, ist den vorliegenden Akten Folgendes zu entnehmen: 7.1 Pract. med. C.____ hielt im Arzzeugnis UVG vom 14. September 2015 (vgl. E. II. 5.1 hiervor, Suva-Nr. 9) zum «Befund» fest, es seien am 20. August 2015 im Q.____ Röntgenaufnahmen der HWS ap/seitl/Dens durchgeführt worden. Dabei seien u.a. weder ein Verdacht auf eine HWK- noch auf eine LWK-Fraktur festgestellt worden. Auch bei den durchgeführten bildgebenden MRI-Untersuchungen der LWS und der HWS vom 16. bzw. 18. November 2015 (vgl. E. II. 5.2 f. hiervor) konnten keine strukturellen Läsionen objektiviert werden. Ähnliche Befunde präsentierten sich sodann auch im Rahmen der CT der HWS vom 24. März 2016 (vgl. E. II. 5.8 hiervor). So wurde im Bericht vom 29. März 2016 festgehalten, es bestehe kein Hinweis auf frische Frakturen an der HWS. Daher erscheint die Einschätzung von Prof. Dr. med. J.____ in seinem Fachradiologischen Gutachten vom 25. August 2016 (vgl. E. II. 5.15 hiervor), wonach es beim Trauma vom 14. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer strukturellen Läsion der HWS gekommen sei, plausibel und nachvollziehbar. Er führte die Beschwerden des Beschwerdeführers vielmehr auf eine seltene und spezielle Wirbelsäulenfehlbildung (Fehlform der HWK4, ein sog. «Congenital Defect of the Posterior Arch») zurück. Es kann unter Würdigung sämtlicher medizinischer Akten denn auch seiner einleuchtenden Schlussfolgerung gefolgt werden, wonach zeitnah zum inkriminierten Trauma ein MRI vorliege, das keine strukturelle Verletzung zeige. So geht aus den vorliegenden Akten hervor, dass erst im November 2015 und somit ungefähr drei Monate nach dem Unfallereignis vom 14. August 2015 entsprechende MRI-Untersuchungen stattgefunden haben, die indes nicht auf strukturelle Verletzungen hinwiesen (vgl. E. II. 5.2 f. hiervor). Diesbezüglich wurde anlässlich der Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie, I.____, im

Bericht vom 6. Juni 2016 (vgl. E. II. 5.14 hiavor) denn auch festgehalten, es sei etwas unverständlich, dass man nicht die übliche CT-Diagnostik durchgeführt habe. Gestützt auf die nachvollziehbare und schlüssige Einschätzung des auf die medizinischen Fachdisziplinen der Radiologie und Nuklearmedizin spezialisierten Facharztes Prof. Dr. med. J. ___ ist davon auszugehen, dass es durch das Unfallereignis vom 14. August 2015 nicht zu einer strukturellen Läsion der HWS gekommen ist. Dieser Einschätzung hat sich anschliessend auch der den Beschwerdeführer behandelnde Wirbelsäulenspezialist Dr. med. P. ___ angeschlossen, nachdem er zunächst von einer Luxation ausgegangen war, welche «eindeutig» Folge des Unfalls sei, und eine andere Ursache als «nicht möglich» bezeichnet hatte (vgl. E. II. 5.10 und 5.16 hiavor). Nach dem Studium des Fachradiologischen Gutachtens von Prof. Dr. med. J. ___ führte Dr. med. P. ___ im Bericht vom 15. Dezember 2016 (vgl. E. II. 5.19 hiavor) aus, dieser habe höchstwahrscheinlich von radiologischer Seite her Recht, dass beim Beschwerdeführer keine traumatische Luxation, sondern eine angeborene Malformation vorliege. Er räumte zudem ein, dass dies durch ihn aufgrund des extrem seltenen Vorkommens wahrscheinlich falsch interpretiert worden sei. In diesem Sinne hielt bereits Prof. Dr. med. J. ___ fest, diese spezielle Wirbelsäulenfehlbildung führe oft zu Fehldiagnosen, indem diese Anomalie als traumatische HWS-Verletzung interpretiert werde. Somit schloss sich Dr. med. P. ___ letztlich den Einschätzungen von Prof. Dr. med. J. ___ an. Dr. med. P. ___ hielt ferner in Bezug auf die ein Jahr nach dem Unfall immer noch sehr starken Nackenschmerzen fest, es handle sich wahrscheinlich um einen deutlichen Muskelhartspann der paravertebralen HWS-Muskulatur. Dr. med. M. ___ von der Klinik N. ___ geht in seinem Bericht vom 21. März 2017 ebenfalls von kongenitalen Veränderungen C3/4 links aus. 7.2 Nach dem Gesagten besteht unter den mit den Unfallfolgen befassten Ärzten nunmehr darin Einigkeit, dass das Unfallereignis vom 14. August 2015 nicht zu einer Luxation geführt hat, sondern die bildgebend festgestellten Befunde auf eine angeborene Fehlform der HWS zurückgehen. Der Unfall hat demnach keine strukturellen Veränderungen bewirkt. Da Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, eine Druckdolenz im Nacken sowie eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden können (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2), gilt auch der von Dr. med. P. ___ in seinem Schreiben vom 15. Dezember 2016 erwähnte Muskelhartspann nicht als fassbares organisches Korrelat. Der Kreisarzt Dr. med. E. ___ hat in seiner Beurteilung vom 7. September 2016 (Suva-Nr. 92) zu Recht festgehalten, der Unfall vom 14. August 2015 habe zu keinen nachweisbaren strukturellen Verletzungen geführt. Dies wird in der Beschwerde auch nicht bestritten.

E. 3

Eventuell: Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer eine Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Integritätsentschädigung auszurichten.

E. 4

(Beweisantrag): Es sei ein neutrales orthopädisch-rheumatologisches Gutachten über den Beschwerdeführer in Auftrag zu geben.

E. 5

(Beweisantrag): Eventuell: Es sei eine kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers inklusive Behandlungsempfehlungen an die behandelnden Ärzte durchzuführen.

E. 5.1

hiervor) gab der Beschwerdeführer gegenüber pract. med. C. ___ an, dass er auf die Kollision nicht gefasst gewesen sei. Er habe den Kopf gerade gehalten und sei mit aufrechter Sitzposition auf dem Fahrersitz gesessen. Es habe bei der Kollision kein Kopfanprall stattgefunden. Es hätten weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Gedächtnislücke bestanden. Sofort nach dem Unfall habe er an Kopf- und Nackenschmerzen occipital und mit Ausstrahlung in den Nacken sowie in die rechte Schulter und unter Hörstörungen gelitten sowie leichte lumbale Schmerzen, Schulterschmerzen rechts und Daumenschmerzen, festgestellt. Als Befund erhob pract. med. C. ___ Druckschmerzen am Supraspinatus rechts, Trapezius rechts, sternocleidomastoideus rechts proximal, suboccipital, an der gesamten HWS-Muskulatur, jedoch keine ossäre Differenzialdiagnose an der HWS. Er ging diagnostisch von einem Grad II gemäss der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation aus (Nackenbeschwerden und neurologische Befunde [verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen]). Im weiteren Verlauf wurden weiterhin Kopf- und Nackenschmerzen (mit Ausstrahlungen) sowie Verspannungen und Bewegungseinschränkungen der HWS erwähnt (vgl. Suva-Nrn. 19, 22, 43 S. 2). 9.3 Beim Beschwerdeführer sind demnach unmittelbar nach dem Unfall und somit innerhalb der Latenzzeit von 72 Stunden Klagen über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Hörstörungen dokumentiert. Dass sich in der Folge weitere Elemente des nach spezifischen HWS-Verletzungen nicht selten beobachteten und deshalb von der Rechtsprechung als «typisch» bezeichneten vielfältigen Beschwerdebildes (vgl. E. II. 9.1 hiervor) eingestellt hätten, ist mit Blick auf die Akten jedoch zumindest fraglich. Wenn die Beschwerdegegnerin dies im Einspracheentscheid unter Hinweis auf einen Bericht des Spitals [...] vom 6. Mai 2014 über einen Auffahrunfall vom 5. Mai 2014 bejaht hat (A.S. 5 oben), lässt sich dies nicht nachvollziehen. Der erwähnte Bericht kann sich nicht auf den hier zu beurteilenden Unfall vom 14. August 2015 beziehen. Die Frage, ob das «typische» Beschwerdebild in hinreichender Ausprägung vorlag, kann jedoch offenbleiben, da die Adäquanz auch bei Anwendung der für den Beschwerdeführer (im Vergleich zur für reine psychische Unfallfolgen geltenden Rechtsprechung nach BGE 115 V 133) günstigeren sogenannten Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

E. 5.15

hiervor), dass es sich hierbei um eine angeborene Fehlförmigkeit vom HWK4 und somit um eine degenerative gesundheitliche Beeinträchtigung handelt. Zu der durch die behandelnden Ärzte zuvor empfohlenen Durchführung einer Operation ist es nicht gekommen. Es kann daher nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung ausgegangen werden. Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8). Solche sind im vorliegenden Fall nicht ersichtlich. Dieses Kriterium ist nicht erfüllt. Betreffend das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 14. August 2015 bis am 4. September 2015 zu 100 % arbeitsunfähig war (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Anschliessend nahm er die Arbeit wieder auf, musste sie aber wegen der starken Schmerzen am 18. Dezember 2015 wieder einstellen (vgl. Suva-Nr. 25). Es erfolgte sodann vom 4. bis 19. Januar 2016 ein erneuter Arbeitsversuch (Suva-Nr. 27 S. 2). Seit dem 20. Januar 2016 ist der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-Nrn. 30 S. 2 f., 42, 43 S. 3, 69,87, 109,127). Da diese längerdauernde Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers

gestützt auf das Fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. med. J.____ vom 25. August 2016 (vgl. E. II. 5.15 hiervor) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum grossen Teil auf eine angeborene Anomalie der Wirbelsäule sowie weitere degenerative Beeinträchtigungen zurückzuführen ist und in den vorliegend Akten mit Ausnahme der beiden relativ kurz dauernden Arbeitseinsätzen keine Indizien betreffend ernsthafte Arbeitsversuche des Beschwerdeführers – allenfalls in seinen Beschwerden angepassten Tätigkeiten – dokumentiert sind, ist dieses Kriterium nicht oder jedenfalls nicht in besonderer Ausprägung erfüllt. Damit sind eines oder allenfalls zwei der objektiv erfassbaren Kriterien – wenn auch nicht in ausgeprägter Weise – erfüllt. Dies genügt bei einem mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzuordnenden Ereignis nicht für die Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs. 11. Es kann somit zusammenfassend festgestellt werden, dass die Beschwerdegegnerin die Unfalladäquanzen der über den 31. Januar 2017 hinaus geklagten, nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden zu Recht verneint und daher ihre Leistungen korrekterweise mit diesem Datum eingestellt hat. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Februar 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 12. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da von weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. E. I. 2 Ziff. 4 und 5 hiervor) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind und der medizinische Sachverhalt – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 20 oben) – als hinreichend abgeklärt zu qualifizieren ist, ist von solchen abzusehen.

E. 5.20

hiervor) bzw. eine «Symptomausweitung» (vgl. E. II. 5.18 hiervor). Der Neurologe Dr. med. Y.____ hielt in seinem Bericht vom 10. November 2016 (vgl. E. II. 5.18 hiervor) als Hauptauffälligkeit auf Höhe HWS eine Erhöhung des Muskeltonus fest, wobei sich primär ein Gegenhalten auf passive Beweglichkeit manifestierte, ohne eigentliche myogelotische Veränderungen oder eine Hypertrophie der Muskulatur. Er führte demzufolge aus, es falle sehr schwer, bei dieser Beschwerdekombination die Angaben des Beschwerdeführers wirklich nachzuvollziehen. Eigentliche motorische oder sensorische Ausfälle beständen keine. Somit ist das Kriterium der körperlichen Beschwerden erfüllt, wenn auch – aufgrund der nur teilweise erklärbaren Schmerzen – nicht in besonderer Ausprägung. In Bezug auf das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, kann festgehalten werden, dass die behandelnden Wirbelsäulenspezialisten Dres. med. O.____ und P.____ die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers zunächst nicht korrekt erfasst haben und daher von einer traumabedingten Veränderung des Facettengelenks C3/4 links ausgegangen sind. Erst Prof. Dr. med. J.____ erkannte in seinem fachradiologischen Gutachten vom 25. August 2016 (vgl. E. II.

E. 6

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege inklusive Beiordnung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters zu gewähren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

3. Die am 12. April 2017 (A.S. 37) durch den Beschwerdeführer eingereichte

medizinische Beurteilung von Dr. med. M.____, N.____, vom 21. März 2017 geht mit Verfügung vom 13. April 2017 (A.S. 38) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

4. Der mit Eingabe vom 27. April 2017 (A.S. 39) durch den Beschwerdeführer eingereichte Folgebericht von Dres. med. O.____ und P.____ vom 20. April 2017 geht mit Verfügung vom 28. April 2017 (A.S. 40) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

5. Mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2017 (A.S. 41 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheidings vom 20. Februar 2017, womit die Verfügung vom 5. Januar 2017 geschützt worden sei. 6. Mit Verfügung vom 8. Juni 2017 (A.S. 58 f.) holt der Präsident des Versicherungsgerichts vom Beschwerdeführer weitere Unterlagen betreffend die unentgeltliche Rechtspflege ein. Diese werden am 27. Juni 2017 eingereicht (A.S. 61 f.).

7. Der Präsident des Versicherungsgerichts weist mit Verfügung vom 17. Juli 2017 (A.S. 63 ff.) das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes ab. 8. Im Rahmen der Replik vom 28. September 2017 (A.S. 72 ff.) bzw. Duplik vom 18. Oktober 2017 (A.S. 81) halten die Parteien an ihren jeweiligen Rechtsbegehren fest. 9. Die mit Eingabe vom 2. November 2017 (A.S. 83 ff.) durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 3. November 2017 (A.S. 88) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 10.

Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) 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 entfielen (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). 2.3 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht 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 (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2014 vom 31. März 2015 E. 2.2). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f., 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 4.5.1).

E. 8

8.1 Dr. med. E. ___ zog in seiner Beurteilung vom 7. September 2016 (E. II. 5.17 hiavor) aus der Feststellung, es lägen keine strukturellen Unfallfolgen vor, direkt den Schluss, die im damaligen Zeitpunkt beklagten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 14. August 2015 zurückzuführen. In der Folge hat die Beschwerdegegnerin sinngemäss die Frage nach der natürlichen Kausalität offengelassen, weil jedenfalls der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen sei. 8.2 Der Beschwerdeführer bestreitet, dass der Zeitpunkt für eine Adäquanzprüfung erreicht worden sei. Er legt dar, die früheren Behandlungsansätze hätten auf der Annahme beruht, es liege ein unfallkausaler, operationswürdiger Befund vor. Mit der Begutachtung durch Prof. Dr. med. J. ___ sei diese Annahme widerlegt worden. Damit habe sich die medizinische Ausgangslage grundlegend verändert. Es liege nahe, dass nach der Feststellung, dass keine Subluxation beim Facettengelenk vorliege, andere Therapieempfehlungen notwendig würden. Es fehle aber bisher an Therapievorschlügen, welche die neue Ausgangslage berücksichtigten, zumal die vorbehandelnden Ärzte durch die Beschwerdegegnerin nicht über die neuen Erkenntnisse informiert worden seien. Der durch Prof. Dr. med. J. ___ festgestellte Vorzustand habe vor dem Unfall vom 14. August 2015 zu keinen Beschwerden geführt. Es liege nicht ein «gewöhnliches Schleudertrauma» vor, sondern eine HWS-Distorsionsverletzung, die einen stummen Vorzustand aktiviert habe. Es gehe somit nicht darum, im Rahmen der Adäquanzprüfung die Abgrenzung vorzunehmen, ob eine unerklärliche Beschwerdeausweitung oder eine Reaktion der Psyche als Krankheit oder als Unfall zu werten sei. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanzprüfung sei nicht angebracht. Solange nicht durch ein neutrales medizinisches Gutachten geklärt sei, dass und welche alternative Ursache für die aktuellen Beschwerdebilder gegeben sei, bleibe die Beschwerdegegnerin trotz konstitutioneller Prädisposition leistungspflichtig. Die Taggeld- und Heilbehandlungsphase ende erst, wenn sich ergebe, dass durch eine auf das somatische Leiden gerichtete Behandlung keine weitere Besserung zu erzielen sei. Diese Phase sei beim Beschwerdeführer verfrüht beendet worden, nachdem aktuell noch nicht feststehe, dass nach besserer Erkenntnis neue medizinische Therapien nicht anschlagen

würden. 8.3 Nach der Rechtsprechung fällt der Zeitpunkt für die Adäquanztprüfung mit demjenigen des sogenannten Fallabschlusses zusammen (BGE 134 V 109 E. 3.2 S. 113). Der Fallabschluss – unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung – ist dann vorzunehmen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Ob noch eine namhafte Besserung zu erwarten ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

8.4 Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergeben sich zur Frage, ob von weiterer ärztlicher Behandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden könne, insbesondere die folgenden Angaben:

8.4.1 Der Kreisarzt Dr. med. E.____ geht in seinen Stellungnahmen vom 9. September 2016 (Suva-Nr. 92; E. 5.17 hiervor) und vom 27. Dezember 2016 (Suva-Nr. 114; E. 5.21 hiervor) davon aus, die beklagten Beschwerden seien nicht unfallkausal. Damit entfiel auch eine Behandlung unfallkausaler Beschwerden.

8.4.2 Der Neurologe Dr. med. L.____ geht in seinem Schreiben vom 18. Dezember 2016 (Suva-Nr. 113; E. II. 5.20 hiervor) noch von einer Facettengelenksluxation aus, welche Anlass zu einer Operation gebe. Diese Einschätzung erfolgte offensichtlich in Unkenntnis der Beurteilung durch Prof. Dr. med. J.____ und ist durch diese obsolet geworden. Weiter weist Dr. med. L.____ auf «eine sehr deutliche Symptomatologie der Symptomausweitung» hin. Therapieempfehlungen aus der Sicht seiner Fachrichtung gibt er nicht ab.

8.4.3 Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ äussern sich in ihrem Schreiben vom 15. Dezember 2016 (Suva-Nr. 125; E. 5.19 hiervor) erstaunt («komischerweise») über die fortbestehenden Beschwerden (sehr starke Nackenschmerzen, deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit). Sie halten einen deutlichen Muskelhartspann für wahrscheinlich. Eine Therapieempfehlung äussern sie nicht. In ihrem Bericht vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 131) halten sie fest, der Beschwerdeführer beklage unveränderte Beschwerden und die bisherige Medikation/Physiotherapie habe leider keine bedeutende Verbesserung des Zustands erbracht. Die Unfallkausalität der Beschwerden bejahen sie unter Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall nie Beschwerden an der HWS verspürt habe. Wegen bestehender Unsicherheiten hätten sie empfohlen, eine Zweitmeinung in der Klinik N.____ einzuholen.

8.4.4 Dr. med. M.____ von der Klinik N.____ erklärt in seiner wirbelsäulenchirurgischen Zweitmeinung vom 21. März 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 23; E. II. 5.22 hiervor), er könne keine Therapieempfehlung abgeben.

8.4.5 In ihrem Bericht vom 20. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 24; E. II. 5.23 hiervor) führen Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ aus, nach einer erneuten HWS-Distorsion im März 2017 hätten sich die Nackenbeschwerden verschlechtert. Die daraufhin wieder aufgenommene Physiotherapie habe die Beschwerden etwas gelindert.

8.5 Aus den vorstehenden Angaben ergeben sich keine Hinweise darauf, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erwartet werden könnte. Der Neurologe Dr. med. L.____ wies auf eine deutliche Symptomausweitung hin. Eine solche ist einer somatisch ausgerichteten Behandlung nicht zugänglich. Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht seines Fachgebiets nennt Dr. med. L.____ nicht. Dr. med. M.____ von der Klinik N.____, der um eine Zweitmeinung ersucht worden war,

gelangte ebenfalls zum Ergebnis, die aktuell geschilderten Beschwerden liessen sich in ihrem Ausmass mit den radiologischen Befunden nicht erklären und er könne deshalb keine Therapieempfehlung geben. Die während längerer Zeit durchgeführte Physiotherapie hatte ebenfalls keine erhebliche Besserung bewirkt. Sie war, wie aus dem Bericht von Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ vom 20. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 24) hervorgeht, eingestellt worden und der Beschwerdeführer nahm sie erst wieder auf, nachdem er im März 2017 erneut eine HWS-Distorsion erlitten hatte. Andere Therapieempfehlungen machen die behandelnden Ärzte nicht. Die gesundheitliche Situation ist in Bezug auf organisch nachweisbare Befunde weitgehend geklärt. Es besteht die von den Ärzten nunmehr einhellig als nicht unfallkausal beurteilte Fehlform der HWS. Konkrete therapeutische Optionen, welche eine erhebliche Verbesserung versprechen, werden von sämtlichen Ärzten, welche den Beschwerdeführer untersucht haben, nicht aufgezeigt. Angesichts der Vielzahl von ärztlichen Stellungnahmen, deren Ergebnisse miteinander vereinbar sind, kann auch nicht gesagt werden, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend geklärt und von einer Begutachtung seien weiterführende, bisher nicht bekannte Ergebnisse zu erwarten. Auf die vom Beschwerdeführer verlangte Begutachtung (orthopädisch und rheumatologisch) ist daher zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 141 V 60 E. 3.3 S. 64 mit Hinweisen). Dies gilt umso mehr, nachdem der Beschwerdeführer offenbar inzwischen im März 2017 – und somit ausserhalb des im vorliegenden Verfahrens zu beurteilenden Zeitraums bis zum Einspracheentscheid vom 20. Februar 2017 – eine erneute HWS-Distorsion erlitten hat, so dass es einer Gutachterin oder einem Gutachter kaum mehr möglich wäre, den Zustand zu ermitteln, wie er vor diesem neuen Vorfall bestanden hatte. Durch die vorliegenden Akten ist mit hinreichender Gewissheit erstellt, dass Ende Januar 2017 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr erwartet werden konnte. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin den Fallabschluss vorgenommen und die Adäquanz des Kausalzusammenhangs geprüft. 9. Es ist daher nachfolgend auf die Kausalität einzugehen: 9.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt – wie vorliegend der Fall – 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 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 U 215/05 vom 30. Januar 2007 und U 258/06 vom 15. März 2007; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e). Nicht erforderlich ist gemäss Rechtsprechung das Vorliegen des gesamten Beschwerdekatalogs, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können (vgl. z.B. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] U 312/05 vom 4. November 2005).

9.2 Pract. med. C.____ diagnostizierte im Arzteugnis UVG vom 14. September 2015 (Suva-Nr. 9) ein «Beschleunigungstrauma HWS Grad II mit Kontusion Dig. I Hand rechts und lumbalen Schmerzen» und somit eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2012 vom 22. Januar 2013 E. 2; BGE 117 V 369).

Im «Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma» vom 14. August 2015 (vgl. E. II.

E. 10

10.1 Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 f., 117 V 359 E. 6 S. 366 ff., BGE 117 V 369 E. 4b und c S. 383 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_437/2015 vom 5. September 2015 E. 3.3).

10.2 Der Geschehensablauf des Unfallereignisses vom 14. August 2015 präsentiert sich gemäss vorliegenden Akten wie folgt: Der Beschwerdeführer stand am 14. August 2015 circa 16.30 Uhr mit seinem Opel [...] als letzter in einer stehenden Kolonne vor einem Kreisell in [...], als ihm ein anderer Fahrzeuglenker mit seinem Ford [...] ins Heck auffuhr (vgl. Suva-Nrn. 11, 43). Im unfallanalytischen Gutachten vom 15. April 2016 (Suva-Nr. 52) hielt der Unfallanalytiker Z.____, Ing. HTL, fest, bei der Kollision habe auf den Opel [...] eine mittlere Beschleunigung zwischen 1,1 und 2,6 g eingewirkt. Dies sei vergleichbar mit dem 1,3 bis dreifachen Wert, der bei einer Vollbremsung (aus einer langsamen Rückwärtsfahrt) erzielt werde. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Opel [...] sei zwischen 5,7 und 9,3 km/h bzw. etwas tiefer (bis zu 2 km/h) gelegen, falls der Opel bzw. beide Fahrzeuge in der Kollisionsphase gebremst gewesen seien, es könne also von einem Mittelwert von circa 7,5 km/h ausgegangen werden. Die Person im Opel [...] habe sich infolge der Kollision in einem Winkel von circa 0° (zur Fahrzeuglängsachse) etwas nach hinten bewegt. Die angegebenen Toleranzbereiche seien aus Berechnungen mit Extremwerten festgelegt worden. Dabei nähmen die Kontrollwerte allerdings teilweise unrealistische Grössen an, so dass die Geschwindigkeitswerte nahe an den Toleranzgrenzen als wenig wahrscheinlich bezeichnet werden müssten.

10.3 Auffahrkollisionen vor Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal werden bei der Unfallschwere, die im Rahmen einer objektivierten Gesamtbetrachtung auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_465/2011 vom 7. September 2011 E. 8.2 mit Hinweisen), rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2009 vom 9. November 2009 E. 4.2.2 mit diversen Hinweisen, in: SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40). In einzelnen Fällen, insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 [bis 15] km/h) und – zusätzlich – weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden, wurde auch das Vorliegen eines leichten Unfalles angenommen (Urteile des Bundesgerichts U 402/05 vom 23. August 2007 E. 6.1 [Delta-v von maximal 4,5 km/h] und [des Eidg. Versicherungsgerichts] U 158/05 vom 8. August 2005 E. 3.2 [Delta-v von 0,5 bis 2,5 km/h]; U 174/03 vom 10. November 2004 E. 5.2 [Delta-v von 4 bis maximal 7 km/h]; U 22/01 vom 29. Oktober 2002 E. 7.1 [Delta-v von 6 bis 9 km/h] sowie U 33/01 vom 7. August 2001 E. 3a [Delta-v von 5 bis 9 km/h]; offen gelassen bei einem Delta-v von unter- oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10 bis 15 km/h: Urteile des Bundesgerichts 8C_824/2008 vom 30. Januar 2009 E. 4.2, 8C_786/2011 vom 3. Januar 2012 E. 3.1).

10.4 Aufgrund des augenfälligen

Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1) sowie mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Massstäbe, wonach einfache Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug – wie vorliegend – als mittelschwere, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegende Ereignisse qualifiziert werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1) hat der vorliegende Unfall als mittelschwer zu gelten, wobei er dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in die Gesamtwürdigung mit einzubeziehen: Als wichtigste Umstände, die als Beurteilungskriterien dienen können, nennt das Bundesgericht: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder gar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufs. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.).

10.5 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen bedarf es entweder eines besonders ausgeprägten Kriteriums oder dann des Nachweises von vier Kriterien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

10.6 Objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc) war der Unfall vom 14. August 2015 weder von besonderer Eindrücklichkeit noch hat er sich unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet. Auch das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung ist zu verneinen. Gemäss Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma habe der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 14. August 2015 die Sicherheitsgurte getragen und es sei eine Kopfstütze vorhanden gewesen (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Er habe nach eigenen Aussagen nach dem Unfall weiterfahren, wegen den Nacken- und Rückenschmerzen seine geplante Tätigkeit jedoch nicht mehr verrichten können. Die am Daumen beklagten Schmerzen sind im Laufe der Zeit abgeklungen. So wurde im

«Erhebungsblatt für die persönliche oder telefonische Abklärung von HWS- und LTHV-Verletzungen» vom 13. April 2016 (Suva-Nr. 44 S. 2) festgehalten, die Beschwerden am rechten Daumen seien verschwunden. Ansonsten sind der vorliegenden Aktenlage aus somatischer Sicht (vgl. II. E. 5.1 ff. hiervor) keine schweren Verletzungen besonderer Art zu entnehmen. Dafür spricht einerseits die Tatsache, dass es dem Beschwerdeführer möglich war, mit dem Auto nach dem Unfallereignis weiterzufahren und andererseits, dass keine äusseren Verletzungen sichtbar gewesen sind. Jedenfalls wurden solche weder durch den erstuntersuchenden Arzt pract. med. C.____ dokumentiert noch sind solche den vorliegenden Akten zu entnehmen. Aufgrund der im November 2015 durchgeführten MRI-Untersuchungen der HWS und LWS könnten zudem weder Frakturen noch anderweitige direkte Traumafolgen festgestellt werden (vgl. E. II. 5.2 f. hiervor). Sämtliche strukturellen Veränderungen an der HWS und der LWS sind gemäss den vorliegenden Akten unfallfremd. Folglich lag weder eine besondere Schwere vor, noch handelte es sich um Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist ebenfalls zu verneinen. So konnte der Beschwerdeführer nach der Erstuntersuchung durch pract. med. C.____ am Unfalltag wieder nach Hause zurückkehren (vgl. E. II. 5.1 hiervor) und wurde in der Folge einige Male durch die Wirbelsäulenspezialisten ambulant untersucht. Ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik war nicht notwendig und stand auch im Laufe der Zeit nie zur Diskussion. Der Beschwerdeführer wurde einzig medikamentös und mittels konservativer Physiotherapie behandelt. Somit wurden beim Beschwerdeführer insbesondere manualtherapeutische und medikamentöse Vorkehren sowie Verlaufskontrollen durchgeführt. Gemäss der Rechtsprechung kann aus dem Umstand der Therapierung nicht von einer Zusatzbelastung gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_31/2008 vom 2. Juli 2008 E. 5.2.1.1 mit weiteren Hinweisen). Die ihm empfohlene Operation (vgl. E. II. 5.10 hiervor) beruhte nach heutigem Erkenntnisstand auf einer Fehlbeurteilung und wurde in der Folge nicht durchgeführt. Den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem Auffahrunfall vom 14. August 2015 unter körperlichen Dauerschmerzen leidet. In den medizinischen Akten findet sich diesbezüglich der Hinweis auf eine «Schmerzchronifizierung» (vgl. E. II. 5.14,

E. 13

13.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Partei-entschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 13.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 30

kg/m²)

Die aktuellen Probleme seien: 1. Erhebliche Symptomausweitung, 2. Spontane bewegungs- und belastungsverstärkte Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken und beide Schultern rechtsbetont, 3. Belastungsabhängige Kopfschmerzen, vom Nacken ausstrahlend, 4. Durchschlafstörung, schmerzbedingt, 5. Kognitive Probleme, vermehrte Vergesslichkeit, 6. Lumbalgien, ohne Ausstrahlung, 7. Belastungsbedingte intermittierende elektrisierende Schmerzen ausstrahlend vom Thenar bis in den Ellenbogen radialseitig. Aus medizinisch-diagnostischer Sicht wäre bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine gewisse Verbesserung der Beschwerden und der

arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen (S. 2).

Aktuell seien keine weiteren Abklärungen erforderlich. Beim heutigen Assessment habe für aktive und passive Therapiemassnahmen ein mässiger Zugang gefunden werden können. Der Beschwerdeführer habe eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt. Die minimale Performance sei nicht erreicht worden. Anhand der Abklärungsergebnisse werde eine intensiviertere ambulante Therapie in Form von zweimal wöchentlich aktiver Einzelphysiotherapie und zusätzlich dreimal wöchentlich medizinischer Trainingstherapie (MTT) empfohlen. In der Einzelphysiotherapiesitzung sollten folgende Ziele verfolgt werden: Verbesserung der Muskelfunktion zur Stabilisierung der Wirbel und Haltungskorrektur, Propriozeption, Instruktion und Überprüfung der Heimübungen. Die einzeltherapeutischen Sitzungen sollten auch dazu genutzt werden, schmerzmodulierende Techniken und ergonomische Arbeitshaltung und Entlastungstechniken zu vermitteln. Darüber hinaus werde dreimal wöchentlich MTT zur längerfristig sukzessiven weiteren Steigerung der Belastbarkeit zur Verbesserung der allgemeinen Ausdauer und der berufsspezifischen Kraft- und Ausdauerkomponente sowie zur allgemeinen Rekonditionierung empfohlen, mit einer verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise im Sinne eines stufenweisen Aufbaus der Belastung. Nach circa acht Wochen könne ein selbständiges Training in einem Fitness-Studio fortgeführt werden. Zur Erweiterung der aktivierenden Massnahmen würden regelmässige, mindestens 30-minütige Spaziergänge in der Natur sowie Ausdaueraktivitäten, wie z.B. Nordic Walking oder Schwimmen, empfohlen. Die vom Beschwerdeführer als angenehm empfundene Wärme im Bereich des Nackens sollte weiter angewendet werden. Ihm seien die Broschüren der Beschwerdegegnerin, «Vestibuläre rehabilitation» und «Schmerzratgeber», erläutert und mitgegeben worden. Sie hätten ihn ermuntert, die hier aufgeführten Empfehlungen konsequent im Alltag und Arbeitsalltag umzusetzen. Die während des heutigen Assessments instruierten Übungen seien dem Beschwerdeführer in Form eines Heim- und Trainingsprogramms abgegeben worden. Sie hätten ihn ermuntert, die Heimübungen mehrmals täglich durchzuführen. Das Mustertrainingsprogramm sollte der Beschwerdeführer mit dem Physiotherapeuten im ambulanten Setting besprechen und durchführen (S. 4).

Die Selbstmassage mit einem Igelball sei ausprobiert und als hilfreich empfunden worden. Sie hätten dem Beschwerdeführer einen Igelball abgegeben. Hinsichtlich der Gefahr für die Entwicklung eines Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzes werde eine Reduktion der Schmerzmitteleinnahme ab sofort auf maximal zehn Tage pro Monat empfohlen. Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, seinen Medikamentenkonsum täglich aufzuschreiben, die Schmerzmittel nur bei dringendem Bedarf und nicht regelmässig einzunehmen und bei Schmerzsteigerung nicht zuerst auf Medikamente zurückzugreifen, sondern mit aktiven Übungen, Dehnungsübungen, lokaler Wärmeanwendung und Igelball-Selbstmassage eine Schmerzlinderung zu erzielen. Unter obigen Therapieempfehlungen und im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und die heutigen Resultate sei von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es werde eine Kontaktaufnahme mit dem Beschwerdeführer durch den Aussendienst der Beschwerdegegnerin in vier Wochen zur Überprüfung des Therapieerfolges empfohlen. Unter Berücksichtigung obiger Empfehlungen sei die Prognose derzeit ungewiss. Die Empfehlungen seien an der Schlussbesprechung mit dem Beschwerdeführer in Anwesenheit der testenden Physiotherapeutin besprochen worden. Er sei einverstanden

(S. 5).

5.14 In der Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie vom 6. Juni 2016 (Suva-Nr. 72) stellten Dr. med. V.____, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie, und Prof. Dr. med. W.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, I.____, folgende Diagnosen:

Persistierende Cervicalgien mit Zustand nach cranio-cervicalem Akzelerationstrauma nach Autounfall am 14. August 2015 mit uniaxettärer Luxationsfraktur C3/4 links

Es sei etwas unverständlich, wie man die offensichtlich heftigen Symptome des Beschwerdeführers solange habe ignorieren können und nicht die übliche CT-Diagnostik durchgeführt habe. Bekannterweise würden bis zu 30 % der traumatischen HWS-Verletzungen im konventionellen Röntgenbild der HWS übersehen, was Studien klar belegten. Zusammen mit den Canadian-C-Spine-Rules hätte man hier, wenn auch nicht vielleicht sofort, sicher aber zeitnah, eine adäquate CT-Diagnostik durchführen müssen. So sei es leider zu einer deutlich verzögerten Diagnosestellung gekommen. Sie würden sich der Operationsempfehlung mit einem dorsalen Verfahren anschliessen, bei der man die Facette wegstanzen könne, das Narbengewebe entferne und, soweit es gehe, reponieren könne mit zusätzlicher Dekompression, falls erforderlich je nach Reponierbarkeit. Nach so langer Zeit sei jetzt aber sicher mit Restbeschwerden zu rechnen, da man davon ausgehen könne, dass es bereits zu einer Schmerzchronifizierung gekommen sei. Nichtsdestotrotz sollte man hier nichts unversucht lassen, die Situation des Beschwerdeführers zu verbessern. Der Beschwerdeführer möchte sich seine Situation nochmals überlegen und sich auch allenfalls mit dem Hausarzt besprechen. Gerne stünden sie zur Verfügung, sollte die operative Versorgung durch sie gewünscht sein. Zu rechnen sei mit einem 5-tägigen stationären Aufenthalt. Eine Rehabilitation sei primär postoperativ nicht indiziert. Gegebenenfalls würde diese aber noch zur Rekonditionierung des Beschwerdeführers im Verlauf Sinn machen, um diesen auch dauerhaft wieder im Berufsprozess zu integrieren. Als Kranführer seien zwar hier viele Tätigkeiten mit nach oben gerichtetem Blick zu verrichten, was momentan so nicht gehe. Im Verlauf sei aber zu hoffen, dass diese Möglichkeit wieder bestehe, zumal der Beschwerdeführer in seiner Position auch nicht unbedingt hart körperlich arbeiten müsse.

5.15 Prof. Dr. med. J.____, Chefarzt des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin, K.____, erstellte am 25. August 2016 ein Fachradiologisches Gutachten (Suva-Nr. 85). Zusammenfassend komme er zur Beurteilung, dass beim Beschwerdeführer eine angeborene Fehlbildung vom HWK4 vorliege, welche in der Literatur auch als «Congenital Defect of the Posterior Arch» bezeichnet werde. Die Fehlbildung bestehe in einer fehlenden Anlage des linksseitigen Pedikels mit konsekutiv erweitertem Neuroforamen und einer dysplastischen Gelenksfazette von HWK. Die Anomalie könne mit einer Spina bifida occulta assoziiert sein. Die mit der Fehlbildung assoziierten leichten Asymmetrien der ipsilateralen Fazettengelenke habe zu einer leichten Arthrose im Fazettengelenk C4/C5 links geführt.

Wie in der Arbeit von Song et al. beschrieben werde (vgl. Suva-Nr. 85 S. 4 ff.), sei diese spezielle Wirbelsäulenfehlbildung selten und führe oft zu Fehldiagnosen, indem diese Anomalie als traumatische HWS-Verletzung interpretiert werde. Der Fakt, dass zeitnah zum inkriminierten Trauma ein MRI vorliege, welches keine strukturelle Verletzung (inkl. ein normales Myelon) zeige, lasse die Aussage zu, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Trauma vom 14. August 2015 zu keiner strukturellen Läsion der

HWS gekommen sei.

5.16 Dr. med. O. ___ und Dr. med. P. ___ hielten in ihrem Bericht vom 19. August 2016 (Suva-Nr. 90) fest, ihre wirbelsäulen-chirurgische Meinung sei, wie auch schon in den ambulanten Berichten geschrieben worden, dass die Facettengelenksluxation der Ebene C3/4 links eindeutig mit dem Unfall im Zusammenhang stehe. Eine andere Ursache sei nicht möglich, da so eine Luxation wegen degenerativen Veränderungen oder spontan nicht entstehen könne. Andererseits wäre hier eine operative Lösung nötig mit Reposition und Fixation dieses Segments. Der Eingriff sei natürlich eine hochriskante Operation, deswegen möchte der Beschwerdeführer davon noch Abstand nehmen. Wie lange die Nackenbeschwerden ohne Operation noch persistierten, könne man nicht einschätzen.

Diese Meinung bestätigten die Ärzte auch in den Berichten vom 8. September und 2. Dezember 2016 (vgl. Suva-Nrn. 98, 111).

5.17 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 7. September 2016 (Suva-Nr. 92) hielt Dr. med. E. ___ zusammenfassend fest (S. 5), das Gutachten von Prof. Dr. med. J. ___ habe die offenen Fragen geklärt. Der Unfall vom 14. August 2015 habe zu keinen strukturellen, traumabedingten, objektivierbaren Folgen geführt, welche nachweisbar seien. Somit seien die heute beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 14. August 2015 zurückzuführen.

5.18 Dr. med. L. ___, Facharzt für Neurologie FMH, X. ___, hielt in seinem Bericht vom 10. November 2016 betreffend die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 15. Januar 2016 (recte: 15. Oktober 2016) folgende Diagnosen fest (Suva-Nr. 104):

Status nach Unfallereignis vom 14. August 2015 mit Heckaufprall

Die Zuweisung des Beschwerdeführers sei zur neurologischen Beurteilung und Evaluation bei Zustand nach einem Unfallereignis am 14. August 2015 zur Beurteilung der persistierenden Symptomatik mit Kopf- und Nackenschmerzen, Angabe von Schwindelbeschwerden bei Kopfkliniation und Frage nach weiteren diagnostischen und therapeutischen Prozedere erfolgt. Klinisch-neurologisch finde sich ein Beschwerdeführer ohne motorische, sensorische und / oder relevante koordinative Dysfunktionen: Die Hauptauffälligkeit auf Höhe der HWS beinhalte eine Erhöhung des Muskeltonus, wobei sich primär ein Gegenhalten auf passive Beweglichkeit manifestiere, eigentliche myogelotische Veränderungen oder eine Hypertrophie der Muskulatur hingegen fehlten. Ergänzend seien bei der vorliegenden Konstellation die sensibel evozierten Potenziale durchgeführt worden. Diese zeigten ebenfalls einen Normalbefund ohne sensible Afferenzstörung. In der erfolgten Bildgebung werde in der Bildbeurteilung seitens der Wirbelsäulenchirurgie am Q. ___ eine Facettengelenksluxation HWK3/4 links beschrieben, welche mit dem Unfall in Zusammenhang stehe. Diesbezüglich werde er die Röntgenbilder noch physisch einsehen, da ihm bis heute lediglich die MRI Bildgebungen vorlägen. In Kenntnis dieser MRI Befunde werde er abschliessend Stellung beziehen. Es sei zu erwähnen, wonach es sehr schwer falle, bei dieser Beschwerdekongstellatation die Angaben des Beschwerdeführers wirklich nachzuvollziehen. Eigentliche motorische oder sensorische Ausfälle bestünden keine. Das deutliche Gegenhalten deute tendenziell eher auf eine Symptomausweitung denn auf eine organisch-strukturelle Ursache der Gesamtkongstellatation hin.

5.19 Dr. med. P.____ hielt in seiner «wirbelsäulen-chirurgischen Meinung» vom 15. Dezember 2016 (Suva-Nr. 125 S. 8) fest, er habe die Meinung von Prof. Dr. med. J.____ studiert (vgl. E. II. 5.15 hiervor) und ebenfalls den beigelegten Artikel gelesen. Von radiologischer Seite her habe dieser höchstwahrscheinlich Recht und es handle sich hier um eine angeborene Malformation anstatt eine traumatische Luxation. Dieser Fall sei extrem selten, deswegen sei er von ihm wahrscheinlich falsch interpretiert worden.

Komischerweise habe der Beschwerdeführer ein Jahr nach dem Unfall immer noch sehr starke Nackenschmerzen und eine deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit. Diese Symptomatik könne klinisch auf eine Subluxation hinweisen, aber es bestehe wahrscheinlich nur eine höhere Empfindlichkeit der Halswirbelsäule des Beschwerdeführers wegen dieser angeborenen Malformation. In diesem Fall handle es sich wahrscheinlich um einen deutlichen Muskelhartspann der paravertebralen HWS-Muskulatur, weswegen die Beschwerden immer noch persistierten.

In einem späteren Bericht vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 131) empfahlen Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____, eine Zweitmeinung in der Klinik N.____ einzuholen.

5.20 Dr. med. Y.____ hielt am 18. Dezember 2016 (Suva-Nr. 113) fest, im Nachgang zur Untersuchung habe er die Bildgebungen der Halswirbelsäule beim Beschwerdeführer angeschaut und nehme zum weiteren Procedere Stellung. Im Kontext mit der Bildgebung teile er die Meinung von Dr. med. P.____, wonach die Facettengelenksluxation auf Höhe HWK3/4 zumindest einen Teil der Beschwerden verursachen könne. Hier wäre die Therapie diejenige der operativen Reposition und Fixation des Segments. Allerdings bestehe beim Beschwerdeführer auch eine sehr deutliche Symptomatologie der Symptomausweitung, wobei er auf seinen Bericht vom 8. November 2016 (vgl. E. II. 5.18 hiervor) verweise.

5.21 Der Kreisarzt Dr. med. E.____ hielt in seiner Beurteilung vom 27. Dezember 2016 (Suva-Nr. 114) fest, durch eine weitere Behandlung / Therapie sei nicht mit einer wesentlichen Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustands zu rechnen und es könne damit auch keine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. In der ärztlichen Beurteilung vom 7. September 2016 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) sei aufgrund des radiologischen Fachgutachtens vom 25. Juni 2016 von Prof. Dr. med. J.____ (vgl. E. II. 5.15 hiervor), unmissverständlich dokumentiert worden, dass der Unfall vom 14. August 2015 zu keinen strukturellen, traumabedingten, objektivierbaren Folgen geführt habe. Somit seien die heute beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 14. August 2015 zurückzuführen. Daher: fehlende Kausalität = keine Behandlung / Therapie zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

5.22 Dr. med. M.____, Leitender Arzt, Wirbelsäulenchirurgie / Neurochirurgie, N.____, Muskulo-Skelettal Zentrum, hielt im Rahmen seiner wirbelsäulenchirurgischen Zweitmeinung vom 21. März 2017 folgende Diagnosen fest (Beschwerdebeilage Nr. 23):

Der Beschwerdeführer leide an kontinuierlichen Zervikalgien, die belastungsabhängig zunähmen. Die Beschwerden seien nach einem Autounfall aufgetreten und seither, trotz der bisherigen Therapiemassnahmen, persistierend. Radiologisch zeigten sich einerseits beginnende degenerative Veränderungen im mittleren zervikalen Bereich C3-C5 und andererseits bestehe eine Spondylolyse C3 links. Diese Spondylolyse scheine am ehesten anlagebedingt zu sein und entspreche einer Formationsstörung, die selektiv die dorsalen Strukturen der Wirbelsäule betreffe. Ein Unfallereignis könnte als Schmerzauslöser

betrachtet werden, auch wenn die unilaterale Spondylolyse C3 links vorbestehend wäre. Die aktuell geschilderten Beschwerden könnten in ihrem Ausmass mit den radiologischen Befunden nicht erklärt werden, somit könne aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht keine Therapieempfehlung gegeben werden.

5.23 Im Bericht vom 20. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 24) führten Dres. med. O.____ und P.____ folgende Diagnosen auf:

Der Beschwerdeführer habe sich im März 2017 erneut eine HWS-Distorsion zugezogen, die die Nackenbeschwerden verschlechtert habe. Die auf der Notfallstation durchgeführten Röntgenaufnahmen hätten keine Traumafolgen nachgewiesen. Der Beschwerdeführer habe dann wieder mit Physiotherapie angefangen, welche die Beschwerden etwas gelindert habe. Laut der Beurteilung der N.____ handle es sich hier um eine kongenitale Malformation der HWK3 und 4 mit Spondylolyse und keine traumatische Luxationsfraktur. Es sei momentan klar, dass beim Beschwerdeführer eine kongenitale Anomalie bestehe. Die Beschwerden, ein deutlicher Muskelhartspann und Fehlhaltung der HWS seien als Folge des Unfalls zu betrachten. Dem Beschwerdeführer sei für die Lockerung der Rückenmuskulatur weiter Physiotherapie empfohlen worden und es sei ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Mai 2017 attestiert worden.

6. Aufgrund der vorliegenden Akten ist unbestritten und somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 14. August 2015 einen Auffahrunfall erlitt, indem ihm ein nachfolgendes Auto ins Heck seines stehenden Personenwagens aufgefahren ist.

7. Zur Frage, ob beim Beschwerdeführer eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit objektivierbaren Veränderungen vorliegt, ist den vorliegenden Akten Folgendes zu entnehmen:

7.1 Pract. med. C.____ hielt im Arztzeugnis UVG vom 14. September 2015 (vgl. E. II. 5.1 hiervor, Suva-Nr. 9) zum «Befund» fest, es seien am 20. August 2015 im Q.____ Röntgenaufnahmen der HWS ap/seitl/Dens durchgeführt worden. Dabei seien u.a. weder ein Verdacht auf eine HWK- noch auf eine LWK-Fraktur festgestellt worden. Auch bei den durchgeführten bildgebenden MRI-Untersuchungen der LWS und der HWS vom 16. bzw. 18. November 2015 (vgl. E. II. 5.2 f. hiervor) konnten keine strukturellen Läsionen objektiviert werden. Ähnliche Befunde präsentierten sich sodann auch im Rahmen der CT der HWS vom 24. März 2016 (vgl. E. II. 5.8 hiervor). So wurde im Bericht vom 29. März 2016 festgehalten, es bestehe kein Hinweis auf frische Frakturen an der HWS. Daher erscheint die Einschätzung von Prof. Dr. med. J.____ in seinem Fachradiologischen Gutachten vom 25. August 2016 (vgl. E. II. 5.15 hiervor), wonach es beim Trauma vom 14. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer strukturellen Läsion der HWS gekommen sei, plausibel und nachvollziehbar. Er führte die Beschwerden des Beschwerdeführers vielmehr auf eine seltene und spezielle Wirbelsäulenfehlbildung (Fehlform der HWK4, ein sog. «Congenital Defect of the Posterior Arch») zurück. Es kann unter Würdigung sämtlicher medizinischer Akten denn auch seiner einleuchtenden Schlussfolgerung gefolgt werden, wonach zeitnah zum inkriminierten Trauma ein MRI vorliege, das keine strukturelle Verletzung zeige. So geht aus den vorliegenden Akten hervor, dass erst im November 2015 und somit ungefähr drei Monate nach dem Unfallereignis vom 14. August 2015 entsprechende MRI-Untersuchungen stattgefunden haben, die indes nicht auf strukturelle Verletzungen hinwiesen (vgl. E. II. 5.2 f. hiervor). Diesbezüglich wurde anlässlich der Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie, I.____, im

Bericht vom 6. Juni 2016 (vgl. E. II. 5.14 hiervor) denn auch festgehalten, es sei etwas unverständlich, dass man nicht die übliche CT-Diagnostik durchgeführt habe. Gestützt auf die nachvollziehbare und schlüssige Einschätzung des auf die medizinischen Fachdisziplinen der Radiologie und Nuklearmedizin spezialisierten Facharztes Prof. Dr. med. J. ___ ist davon auszugehen, dass es durch das Unfallereignis vom 14. August 2015 nicht zu einer strukturellen Läsion der HWS gekommen ist. Dieser Einschätzung hat sich anschliessend auch der den Beschwerdeführer behandelnde Wirbelsäulenspezialist Dr. med. P. ___ angeschlossen, nachdem er zunächst von einer Luxation ausgegangen war, welche «eindeutig» Folge des Unfalls sei, und eine andere Ursache als «nicht möglich» bezeichnet hatte (vgl. E. II. 5.10 und 5.16 hiervor). Nach dem Studium des Fachradiologischen Gutachtens von Prof. Dr. med. J. ___ führte Dr. med. P. ___ im Bericht vom 15. Dezember 2016 (vgl. E. II. 5.19 hiervor) aus, dieser habe höchstwahrscheinlich von radiologischer Seite her Recht, dass beim Beschwerdeführer keine traumatische Luxation, sondern eine angeborene Malformation vorliege. Er räumte zudem ein, dass dies durch ihn aufgrund des extrem seltenen Vorkommens wahrscheinlich falsch interpretiert worden sei. In diesem Sinne hielt bereits Prof. Dr. med. J. ___ fest, diese spezielle Wirbelsäulenfehlbildung führe oft zu Fehldiagnosen, indem diese Anomalie als traumatische HWS-Verletzung interpretiert werde. Somit schloss sich Dr. med. P. ___ letztlich den Einschätzungen von Prof. Dr. med. J. ___ an. Dr. med. P. ___ hielt ferner in Bezug auf die ein Jahr nach dem Unfall immer noch sehr starken Nackenschmerzen fest, es handle sich wahrscheinlich um einen deutlichen Muskelhartspann der paravertebralen HWS-Muskulatur. Dr. med. M. ___ von der Klinik N. ___ geht in seinem Bericht vom 21. März 2017 ebenfalls von kongenitalen Veränderungen C3/4 links aus.

7.2 Nach dem Gesagten besteht unter den mit den Unfallfolgen befassten Ärzten nunmehr darin Einigkeit, dass das Unfallereignis vom 14. August 2015 nicht zu einer Luxation geführt hat, sondern die bildgebend festgestellten Befunde auf eine angeborene Fehlform der HWS zurückgehen. Der Unfall hat demnach keine strukturellen Veränderungen bewirkt. Da Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, eine Druckdolenz im Nacken sowie eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden können (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2), gilt auch der von Dr. med. P. ___ in seinem Schreiben vom 15. Dezember 2016 erwähnte Muskelhartspann nicht als fassbares organisches Korrelat. Der Kreisarzt Dr. med. E. ___ hat in seiner Beurteilung vom 7. September 2016 (Suva-Nr. 92) zu Recht festgehalten, der Unfall vom 14. August 2015 habe zu keinen nachweisbaren strukturellen Verletzungen geführt. Dies wird in der Beschwerde auch nicht bestritten.

8.

8.1 Dr. med. E. ___ zog in seiner Beurteilung vom 7. September 2016 (E. II. 5.17 hiervor) aus der Feststellung, es lägen keine strukturellen Unfallfolgen vor, direkt den Schluss, die im damaligen Zeitpunkt beklagten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 14. August 2015 zurückzuführen. In der Folge hat die Beschwerdegegnerin sinngemäss die Frage nach der natürlichen Kausalität offengelassen, weil jedenfalls der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen sei.

8.2 Der Beschwerdeführer bestreitet, dass der Zeitpunkt für eine Adäquanzprüfung erreicht worden sei. Er legt dar, die früheren Behandlungsansätze hätten auf der Annahme beruht, es liege ein unfallkausaler, operationswürdiger Befund vor. Mit der Begutachtung

durch Prof. Dr. med. J. ___ sei diese Annahme widerlegt worden. Damit habe sich die medizinische Ausgangslage grundlegend verändert. Es liege nahe, dass nach der Feststellung, dass keine Subluxation beim Facettengelenk vorliege, andere Therapieempfehlungen notwendig würden. Es fehle aber bisher an Therapievorschlügen, welche die neue Ausgangslage berücksichtigten, zumal die vorbehandelnden Ärzte durch die Beschwerdegegnerin nicht über die neuen Erkenntnisse informiert worden seien. Der durch Prof. Dr. med. J. ___ festgestellte Vorzustand habe vor dem Unfall vom 14. August 2015 zu keinen Beschwerden geführt. Es liege nicht ein «gewöhnliches Schleudertrauma» vor, sondern eine HWS-Distorsionsverletzung, die einen stummen Vorzustand aktiviert habe. Es gehe somit nicht darum, im Rahmen der Adäquanzprüfung die Abgrenzung vorzunehmen, ob eine unerklärliche Beschwerdeausweitung oder eine Reaktion der Psyche als Krankheit oder als Unfall zu werten sei. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Adäquanzprüfung sei nicht angebracht. Solange nicht durch ein neutrales medizinisches Gutachten geklärt sei, dass und welche alternative Ursache für die aktuellen Beschwerdebilder gegeben sei, bleibe die Beschwerdegegnerin trotz konstitutioneller Prädisposition leistungspflichtig. Die Taggeld- und Heilbehandlungsphase ende erst, wenn sich ergebe, dass durch eine auf das somatische Leiden gerichtete Behandlung keine weitere Besserung zu erzielen sei. Diese Phase sei beim Beschwerdeführer verfrüht beendet worden, nachdem aktuell noch nicht feststehe, dass nach besserer Erkenntnis neue medizinische Therapien nicht anschlagen würden.

8.3 Nach der Rechtsprechung fällt der Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung mit demjenigen des sogenannten Fallabschlusses zusammen (BGE 134 V 109 E. 3.2 S. 113). Der Fallabschluss ■ unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung ■ ist dann vorzunehmen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Ob noch eine namhafte Besserung zu erwarten ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

8.4 Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergeben sich zur Frage, ob von weiterer ärztlicher Behandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden könne, insbesondere die folgenden Angaben:

8.4.1 Der Kreisarzt Dr. med. E. ___ geht in seinen Stellungnahmen vom 9. September 2016 (Suva-Nr. 92; E. 5.17 hiervor) und vom 27. Dezember 2016 (Suva-Nr. 114; E. 5.21 hiervor) davon aus, die beklagten Beschwerden seien nicht unfallkausal. Damit entfiel auch eine Behandlung unfallkausaler Beschwerden.

8.4.2 Der Neurologe Dr. med. L. ___ geht in seinem Schreiben vom 18. Dezember 2016 (Suva-Nr. 113; E. II. 5.20 hiervor) noch von einer Facettengelenksluxation aus, welche Anlass zu einer Operation gebe. Diese Einschätzung erfolgte offensichtlich in Unkenntnis der Beurteilung durch Prof. Dr. med. J. ___ und ist durch diese obsolet geworden. Weiter weist Dr. med. L. ___ auf «eine sehr deutliche Symptomatologie der Symptomausweitung» hin. Therapieempfehlungen aus der Sicht seiner Fachrichtung gibt er nicht ab.

8.4.3 Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ äussern sich in ihrem Schreiben vom 15. Dezember 2016 (Suva-Nr. 125; E. 5.19 hiervor) erstaunt («komischerweise») über die fortbestehenden Beschwerden (sehr starke Nackenschmerzen, deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit). Sie halten einen deutlichen Muskelhartspann für wahrscheinlich. Eine Therapieempfehlung äussern sie nicht. In ihrem Bericht vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 131) halten sie fest, der Beschwerdeführer beklage unveränderte Beschwerden und die bisherige Medikation/Physiotherapie habe leider keine bedeutende Verbesserung des Zustands erbracht. Die Unfallkausalität der Beschwerden bejahen sie unter Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall nie Beschwerden an der HWS verspürt habe. Wegen bestehender Unsicherheiten hätten sie empfohlen, eine Zweitmeinung in der Klinik N.____ einzuholen.

8.4.4 Dr. med. M.____ von der Klinik N.____ erklärt in seiner wirbelsäulenchirurgischen Zweitmeinung vom 21. März 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 23; E. II. 5.22 hiervor), er könne keine Therapieempfehlung abgeben.

8.4.5 In ihrem Bericht vom 20. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 24; E. II. 5.23 hiervor) führen Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ aus, nach einer erneuten HWS-Distorsion im März 2017 hätten sich die Nackenbeschwerden verschlechtert. Die daraufhin wieder aufgenommene Physiotherapie habe die Beschwerden etwas gelindert.

8.5 Aus den vorstehenden Angaben ergeben sich keine Hinweise darauf, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erwartet werden könnte. Der Neurologe Dr. med. L.____ wies auf eine deutliche Symptomausweitung hin. Eine solche ist einer somatisch ausgerichteten Behandlung nicht zugänglich. Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht seines Fachgebiets nennt Dr. med. L.____ nicht. Dr. med. M.____ von der Klinik N.____, der um eine Zweitmeinung ersucht worden war, gelangte ebenfalls zum Ergebnis, die aktuell geschilderten Beschwerden liessen sich in ihrem Ausmass mit den radiologischen Befunden nicht erklären und er könne deshalb keine Therapieempfehlung geben. Die während längerer Zeit durchgeführte Physiotherapie hatte ebenfalls keine erhebliche Besserung bewirkt. Sie war, wie aus dem Bericht von Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ vom 20. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 24) hervorgeht, eingestellt worden und der Beschwerdeführer nahm sie erst wieder auf, nachdem er im März 2017 erneut eine HWS-Distorsion erlitten hatte. Andere Therapieempfehlungen machen die behandelnden Ärzte nicht.

Die gesundheitliche Situation ist in Bezug auf organisch nachweisbare Befunde weitgehend geklärt. Es besteht die von den Ärzten nunmehr einhellig als nicht unfallkausal beurteilte Fehlform der HWS. Konkrete therapeutische Optionen, welche eine erhebliche Verbesserung versprechen, werden von sämtlichen Ärzten, welche den Beschwerdeführer untersucht haben, nicht aufgezeigt. Angesichts der Vielzahl von ärztlichen Stellungnahmen, deren Ergebnisse miteinander vereinbar sind, kann auch nicht gesagt werden, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend geklärt und von einer Begutachtung seien weiterführende, bisher nicht bekannte Ergebnisse zu erwarten. Auf die vom Beschwerdeführer verlangte Begutachtung (orthopädisch und rheumatologisch) ist daher zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 141 V 60 E. 3.3 S. 64 mit Hinweisen). Dies gilt umso mehr, nachdem der Beschwerdeführer offenbar inzwischen im März 2017 ■ und somit ausserhalb des im vorliegenden Verfahrens zu beurteilenden Zeitraums bis zum Einspracheentscheid vom 20. Februar 2017 ■ eine erneute HWS-Distorsion erlitten hat, so

dass es einer Gutachterin oder einem Gutachter kaum mehr möglich wäre, den Zustand zu ermitteln, wie er vor diesem neuen Vorfall bestanden hatte. Durch die vorliegenden Akten ist mit hinreichender Gewissheit erstellt, dass Ende Januar 2017 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr erwartet werden konnte. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin den Fallabschluss vorgenommen und die Adäquanz des Kausalzusammenhangs geprüft.

9. Es ist daher nachfolgend auf die Kausalität einzugehen:

9.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt ■ wie vorliegend der Fall ■ 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 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 U 215/05 vom 30. Januar 2007 und U 258/06 vom 15. März 2007; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e). Nicht erforderlich ist gemäss Rechtsprechung das Vorliegen des gesamten Beschwerdekatalogs, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können (vgl. z.B. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] U 312/05 vom 4. November 2005).

9.2 Pract. med. C. ___ diagnostizierte im Arztzeugnis UVG vom 14. September 2015 (Suva-Nr. 9) ein «Beschleunigungstrauma HWS Grad II mit Kontusion Dig. I Hand rechts und lumbalen Schmerzen» und somit eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2012 vom 22. Januar 2013 E. 2; BGE 117 V 369). Im «Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma» vom 14. August 2015 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) gab der Beschwerdeführer gegenüber pract. med. C. ___ an, dass er auf die Kollision nicht gefasst gewesen sei. Er habe den Kopf gerade gehalten und sei mit aufrechter Sitzposition auf dem Fahrersitz gesessen. Es habe bei der Kollision kein Kopfanprall stattgefunden. Es hätten weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Gedächtnislücke bestanden. Sofort nach dem Unfall habe er an Kopf- und Nackenschmerzen occipital und mit Ausstrahlung in den Nacken sowie in die rechte Schulter und unter Hörstörungen gelitten sowie leichte lumbale Schmerzen, Schulterschmerzen rechts und Daumenschmerzen, festgestellt. Als Befund erhob pract. med. C. ___ Druckschmerzen am Supraspinatus rechts, Trapezius rechts, sternocleidomastoideus rechts proximal, suboccipital, an der gesamten HWS-Muskulatur, jedoch keine ossäre Differenzialdiagnose an der HWS. Er ging diagnostisch von einem Grad II gemäss der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation aus (Nackenschmerzen und neurologische Befunde [verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen]). Im weiteren Verlauf wurden weiterhin Kopf- und Nackenschmerzen (mit Ausstrahlungen) sowie Verspannungen und Bewegungseinschränkungen der HWS erwähnt (vgl. Suva-Nrn. 19, 22, 43 S. 2).

9.3 Beim Beschwerdeführer sind demnach unmittelbar nach dem Unfall und somit innerhalb der Latenzzeit von 72 Stunden Klagen über Kopf- und Nackenschmerzen sowie

Hörstörungen dokumentiert. Dass sich in der Folge weitere Elemente des nach spezifischen HWS-Verletzungen nicht selten beobachteten und deshalb von der Rechtsprechung als «typisch» bezeichneten vielfältigen Beschwerdebildes (vgl. E. II. 9.1 hiervor) eingestellt hätten, ist mit Blick auf die Akten jedoch zumindest fraglich. Wenn die Beschwerdegegnerin dies im Einspracheentscheid unter Hinweis auf einen Bericht des Spitals [...] vom 6. Mai 2014 über einen Auffahrunfall vom 5. Mai 2014 bejaht hat (A.S. 5 oben), lässt sich dies nicht nachvollziehen. Der erwähnte Bericht kann sich nicht auf den hier zu beurteilenden Unfall vom 14. August 2015 beziehen. Die Frage, ob das «typische» Beschwerdebild in hinreichender Ausprägung vorlag, kann jedoch offenbleiben, da die Adäquanz auch bei Anwendung der für den Beschwerdeführer (im Vergleich zur für reine psychische Unfallfolgen geltenden Rechtsprechung nach BGE 115 V 133) günstigeren sogenannten Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

10.

10.1 Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 f., 117 V 359 E. 6 S. 366 ff., BGE 117 V 369 E. 4b und c S. 383 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_437/2015 vom 5. September 2015 E. 3.3).

10.2 Der Geschehensablauf des Unfallereignisses vom 14. August 2015 präsentiert sich gemäss vorliegenden Akten wie folgt: Der Beschwerdeführer stand am 14. August 2015 circa 16.30 Uhr mit seinem Opel [...] als letzter in einer stehenden Kolonne vor einem Kreisel in [...], als ihm ein anderer Fahrzeuglenker mit seinem Ford [...] ins Heck auffuhr (vgl. Suva-Nrn. 11, 43). Im unfallanalytischen Gutachten vom 15. April 2016 (Suva-Nr. 52) hielt der Unfallanalytiker Z.____, Ing. HTL, fest, bei der Kollision habe auf den Opel [...] eine mittlere Beschleunigung zwischen 1,1 und 2,6 g eingewirkt. Dies sei vergleichbar mit dem 1,3 bis dreifachen Wert, der bei einer Vollbremsung (aus einer langsamen Rückwärtsfahrt) erzielt werde. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Opel [...] sei zwischen 5,7 und 9,3 km/h bzw. etwas tiefer (bis zu 2 km/h) gelegen, falls der Opel bzw. beide Fahrzeuge in der Kollisionsphase gebremst gewesen seien, es könne also von einem Mittelwert von circa 7,5 km/h ausgegangen werden. Die Person im Opel [...] habe sich infolge der Kollision in einem Winkel von circa 0 ° (zur Fahrzeuglängsachse) etwas nach hinten bewegt. Die angegebenen Toleranzbereiche seien aus Berechnungen mit Extremwerten festgelegt worden. Dabei nähmen die Kontrollwerte allerdings teilweise unrealistische Grössen an, so dass die Geschwindigkeitswerte nahe an den Toleranzgrenzen als wenig wahrscheinlich bezeichnet werden müssten.

10.3 Auffahrkollisionen vor Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal werden bei der Unfallschwere, die im Rahmen einer objektivierten Gesamtbetrachtung auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_465/2011 vom 7. September 2011 E. 8.2 mit Hinweisen), rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2009 vom

9. November 2009 E. 4.2.2 mit diversen Hinweisen, in: SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40). In einzelnen Fällen, insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 [bis 15] km/h) und ■ zusätzlich ■ weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden, wurde auch das Vorliegen eines leichten Unfalles angenommen (Urteile des Bundesgerichts U 402/05 vom 23. August 2007 E. 6.1 [Delta-v von maximal 4,5 km/h] und [des Eidg. Versicherungsgerichts] U 158/05 vom 8. August 2005 E. 3.2 [Delta-v von 0,5 bis 2,5 km/h]; U 174/03 vom 10. November 2004 E. 5.2 [Delta-v von 4 bis maximal 7 km/h]; U 22/01 vom 29. Oktober 2002 E. 7.1 [Delta-v von 6 bis 9 km/h] sowie U 33/01 vom 7. August 2001 E. 3a [Delta-v von 5 bis 9 km/h]; offen gelassen bei einem Delta-v von unter- oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10 bis 15 km/h: Urteile des Bundesgerichts 8C_824/2008 vom 30. Januar 2009 E. 4.2, 8C_786/2011 vom 3. Januar 2012 E. 3.1).

10.4 Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1) sowie mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Massstäbe, wonach einfache Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug ■ wie vorliegend ■ als mittelschwere, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegende Ereignisse qualifiziert werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1) hat der vorliegende Unfall als mittelschwer zu gelten, wobei er dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in die Gesamtwürdigung mit einzubeziehen:

Als wichtigste Umstände, die als Beurteilungskriterien dienen können, nennt das Bundesgericht:

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder gar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufs. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.).

10.5 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen bedarf es entweder eines besonders ausgeprägten Kriteriums oder dann des Nachweises von vier Kriterien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

10.6 Objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc) war der Unfall vom 14. August 2015 weder von besonderer Eindrücklichkeit noch hat er sich unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet.

Auch das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung ist zu verneinen. Gemäss Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma habe der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 14. August 2015 die Sicherheitsgurte getragen und es sei eine Kopfstütze vorhanden gewesen (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Er habe nach eigenen Aussagen nach dem Unfall weiterfahren, wegen den Nacken- und Rückenschmerzen seine geplante Tätigkeit jedoch nicht mehr verrichten können. Die am Daumen beklagten Schmerzen sind im Laufe der Zeit abgeklungen. So wurde im «Erhebungsblatt für die persönliche oder telefonische Abklärung von HWS- und LTHV-Verletzungen» vom 13. April 2016 (Suva-Nr. 44 S. 2) festgehalten, die Beschwerden am rechten Daumen seien verschwunden. Ansonsten sind der vorliegenden Aktenlage aus somatischer Sicht (vgl. II. E. 5.1 ff. hiervor) keine schweren Verletzungen besonderer Art zu entnehmen. Dafür spricht einerseits die Tatsache, dass es dem Beschwerdeführer möglich war, mit dem Auto nach dem Unfallereignis weiterzufahren und andererseits, dass keine äusseren Verletzungen sichtbar gewesen sind. Jedenfalls wurden solche weder durch den erstuntersuchenden Arzt pract. med. C.____ dokumentiert noch sind solche den vorliegenden Akten zu entnehmen. Aufgrund der im November 2015 durchgeführten MRI-Untersuchungen der HWS und LWS könnten zudem weder Frakturen noch anderweitige direkte Traumafolgen festgestellt werden (vgl. E. II. 5.2 f. hiervor). Sämtliche strukturellen Veränderungen an der HWS und der LWS sind gemäss den vorliegenden Akten unfallfremd. Folglich lag weder eine besondere Schwere vor, noch handelte es sich um Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist ebenfalls zu verneinen. So konnte der Beschwerdeführer nach der Erstuntersuchung durch pract. med. C.____ am Unfalltag wieder nach Hause zurückkehren (vgl. E. II. 5.1 hiervor) und wurde in der Folge einige Male durch die Wirbelsäulenspezialisten ambulant untersucht. Ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik war nicht notwendig und stand auch im Laufe der Zeit nie zur Diskussion. Der Beschwerdeführer wurde einzig medikamentös und mittels konservativer Physiotherapie behandelt. Somit wurden beim Beschwerdeführer insbesondere manualtherapeutische und medikamentöse Vorkehren sowie Verlaufskontrollen durchgeführt. Gemäss der Rechtsprechung kann aus dem Umstand der Therapierung nicht von einer Zusatzbelastung gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_31/2008 vom 2. Juli 2008 E. 5.2.1.1 mit weiteren Hinweisen). Die ihm empfohlene Operation (vgl. E. II. 5.10 hiervor) beruhte nach heutigem Erkenntnisstand auf einer Fehlbeurteilung und wurde in der Folge nicht durchgeführt.

Den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem Auffahrunfall vom 14. August 2015 unter körperlichen Dauerschmerzen leidet. In den medizinischen Akten findet sich diesbezüglich der Hinweis auf eine «Schmerzchronifizierung» (vgl. E. II. 5.14, 5.20 hiervor) bzw. eine «Symptomausweitung» (vgl. E. II. 5.18 hiervor). Der Neurologe Dr. med. Y.____ hielt in seinem Bericht vom 10. November 2016 (vgl. E. II. 5.18 hiervor) als Hauptauffälligkeit auf Höhe HWS eine Erhöhung des Muskeltonus fest, wobei sich primär ein Gegenhalten auf passive Beweglichkeit manifestiere, ohne eigentliche myogelotische Veränderungen oder eine

Hypertrophie der Muskulatur. Er führte demzufolge aus, es falle sehr schwer, bei dieser Beschwerdekombination die Angaben des Beschwerdeführers wirklich nachzuvollziehen. Eigentliche motorische oder sensorische Ausfälle bestünden keine. Somit ist das Kriterium der körperlichen Beschwerden erfüllt, wenn auch ■ aufgrund der nur teilweise erklärbaren Schmerzen ■ nicht in besonderer Ausprägung.

In Bezug auf das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, kann festgehalten werden, dass die behandelnden Wirbelsäulenspezialisten Dres. med. O. ___ und P. ___ die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers zunächst nicht korrekt erfasst haben und daher von einer traumabedingten Veränderung des Facettengelenks C3/4 links ausgegangen sind. Erst Prof. Dr. med. J. ___ erkannte in seinem fachradiologischen Gutachten vom 25. August 2016 (vgl. E. II. 5.15 hiervor), dass es sich hierbei um eine angeborene Fehlform vom HWK4 und somit um eine degenerative gesundheitliche Beeinträchtigung handelt. Zu der durch die behandelnden Ärzte zuvor empfohlenen Durchführung einer Operation ist es nicht gekommen. Es kann daher nicht von einer ärztlichen Fehlbehandlung ausgegangen werden.

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8). Solche sind im vorliegenden Fall nicht ersichtlich. Dieses Kriterium ist nicht erfüllt.

Betreffend das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 14. August 2015 bis am 4. September 2015 zu 100 % arbeitsunfähig war (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Anschliessend nahm er die Arbeit wieder auf, musste sie aber wegen der starken Schmerzen am 18. Dezember 2015 wieder einstellen (vgl. Suva-Nr. 25). Es erfolgte sodann vom 4. bis 19. Januar 2016 ein erneuter Arbeitsversuch (Suva-Nr. 27 S. 2). Seit dem 20. Januar 2016 ist der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-Nrn. 30 S. 2 f., 42, 43 S. 3, 69,87, 109,127). Da diese längerdauernde Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf das Fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. med. J. ___ vom 25. August 2016 (vgl. E. II. 5.15 hiervor) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum grossen Teil auf eine angeborene Anomalie der Wirbelsäule sowie weitere degenerative Beeinträchtigungen zurückzuführen ist und in den vorliegenden Akten mit Ausnahme der beiden relativ kurz dauernden Arbeitseinsätzen keine Indizien betreffend ernsthafte Arbeitsversuche des Beschwerdeführers ■ allenfalls in seinen Beschwerden angepassten Tätigkeiten ■ dokumentiert sind, ist dieses Kriterium nicht oder jedenfalls nicht in besonderer Ausprägung erfüllt.

Damit sind eines oder allenfalls zwei der objektiv erfassbaren Kriterien ■ wenn auch nicht in ausgeprägter Weise ■ erfüllt. Dies genügt bei einem mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzuordnenden Ereignis nicht für die Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs.

11. Es kann somit zusammenfassend festgestellt werden, dass die Beschwerdegegnerin die Unfalladäquanz der über den 31. Januar 2017 hinaus geklagten, nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden zu Recht verneint und daher ihre Leistungen korrekterweise mit diesem Datum eingestellt hat. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Februar 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

12. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da von weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. E. I. 2 Ziff. 4 und 5 hiervor) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind und der medizinische Sachverhalt ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 20 oben) ■ als hinreichend abgeklärt zu qualifizieren ist, ist von solchen abzusehen.

13.

13.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Partei-entschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

13.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_286/2018 vom 7. September 2018 bestätigt.

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