

SO_GERICHTE VSBES.2019.286 vom 6. November 2019

SO Obergericht, 2019-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.286

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.286 du 6 novembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.286 del 6 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist grundsätzlich einzutreten. Soweit der Beschwerdeführer das Festhalten eines Nachklagevorbehalts im Urteil für Kostenersatz beantragen lässt, so ist dazu allerdings zu sagen, dass das hier relevante Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) keinen Kostenersatz als Leistung kennt. Soweit allfällige Leistungen im überobligatorischen Bereich, mithin nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG, SR 221.229.1) gemeint sind, ist das Versicherungsgericht für die Beurteilung solcher Streitfragen nicht zuständig.

1.2 Die revidierte Fassung des UVG ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden auch einige Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) angepasst. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da im vorliegenden Fall ein Ereignis vom 22. Januar 2018 zu beurteilen ist, ist das neue Recht anwendbar.

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. Dabei ist nur der unfallbedingt, nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen

Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruches zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Der Beweis der Gesundheitsschädigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt, d.h. mit den Berichten der behandelnden Ärzte und allenfalls einem Gutachten (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 6).

E. 2.3

2.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz dient mit anderen Worten der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.3.2 Treten nach einem Unfall psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typische, bunte Beschwerdebild noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f.). Ein unfallbedingtes pathologisch-anatomisches Substrat liegt nur bei objektivierbaren Untersuchungsergebnissen vor, die reproduzierbar sowie von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen kann mit anderen Worten erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen resp. bildgebenden Abklärungen

bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251).

Bei der Adäquanzprüfung im Sinne der Psycho-Praxis ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften 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. Nicht massgebend sind Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zuzuordnen sind (André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 67; Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bolliger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 47).

Bei banalen Unfällen (z.B. einem geringfügigen Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses) und bei leichteren Unfällen (z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen) ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren Unfällen hingegen zu bejahen. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Massgeblich sind die folgenden Kriterien (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen müssen vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sein, um die Adäquanz zu bejahen, bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall drei Kriterien (Gehring, a.a.O., Art. 4 ATSG N 47). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f., 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.). Bei der Beurteilung der Adäquanzkriterien wird lediglich von den organischen Unfallfolgen ausgegangen, während etwaige bloss körperlich imponierende Schäden unberücksichtigt bleiben (Nabold, a.a.O., Art. 6 N 71).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines

Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Gehring, a.a.O., Art. 4 ATSG N 40; Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 2.2).

E. 2.5

2.5.1 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 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 der 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_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

2.5.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen

ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin legt in ihrem Einsprache-Entscheid (A.S. 1 ff.) und in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 32 ff.) dar, Dr. med. B.____ habe in seiner Aktenbeurteilung vom 27. August 2018 ausgeführt, dass der Unfall vom 22. Januar 2018 eine überwiegend wahrscheinliche Mitursache der Gesundheitsstörung im Sinne einer temporären Verschlechterung eines prätraumatisch besser kompensierten Vorzustandes gewesen sei. Spätestens am 25. Juni 2018 sei der Status quo sine wieder erreicht gewesen. Entscheidend sei, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren hätten, also dahingefallen seien. Die Beweisregel «post hoc ergo propter hoc» sei medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich daher nicht zulässig. Dr. med. B.____ führe in seiner Aktenbeurteilung aus, bei fehlendem Nachweis einer unfallkausal eingetretenen Strukturschädigung müsse entsprechend für die Manifestationen im posttraumatischen Verlauf eine muskuläre Dysbalance angenommen werden. Diese könne in ihrem Umfang durch den erheblichen Vorzustand (Status nach Morbus Scheuermann und Kyphosierung der BWS sowie isthmische Lyse L5 mit Olisthese) erklärt werden.

Das Vorbringen von Dr. med. C.____, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 22. Januar 2018 keinerlei Rückenbeschwerden gehabt habe, laufe auf einen unzulässigen «post hoc ergo propter hoc»-Schluss hinaus. Seine Stellungnahme vermöge die Beurteilung von Dr. med. B.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Betreffend die mit Schreiben vom 18. Juli 2019 geltend gemachten psychischen Beschwerden, welche angeblich auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, sei in Anwendung der HWS-Praxis gemäss BGE 134 V 109 die adäquate Kausalität zu verneinen. Im Rahmen der Adäquanztprüfung sei zunächst festzuhalten, dass vorliegend der Zeitpunkt der Adäquanztprüfung gegeben sei, da gemäss Bericht von Dr. med. B.____ der Status quo sine per 25. Juni 2018 erreicht worden sei.

Beim vorliegenden Ereignis könne höchstens von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen werden. Somit müssten vier Kriterien zur Bejahung der Adäquanzt erfüllt sein, oder ein Kriterium in ausgeprägter Weise auftreten. Vorliegend sei keines der Kriterien erfüllt. Betreffend die somatischen Beschwerden sei der natürliche und betreffend psychische Beschwerden sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der aktuell bestehenden Gesundheitsstörung nicht gegeben.

Die Diskussion, ob ein Morbus Scheuermann vorliege oder nicht, sei nicht zielführend. Sowohl mit Röntgen vom 11. Mai 2018 als auch mit MRT von 25. Juni 2018 seien degenerative Veränderungen sowohl an der BWS und LWS festgestellt worden. Unfallbedingte strukturelle Veränderungen hätten jedoch bildgebend nicht festgestellt

werden können. Dr. med. B.____ habe über die Bildgebungen verfügt und besitze als Experte das nötige Fachwissen, um eine Diagnose allenfalls zu bestätigen oder zu verwerfen.

3.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 9 ff.) und Replik (A.S. 41 ff.) entgegenhalten, er habe vor dem Unfall vom 22. Januar 2018 nie solche gesundheitlichen Probleme gehabt. Nach dem Unfall habe er mit der Zeit ständig unter stärker werdenden Schmerzen, insbesondere im Rücken, gelitten. Durch die Hausärzte sei bestätigt, dass er vor dem Unfall gesund und nie wegen dem Rücken oder der HWS in Behandlung gewesen sei. Da die physischen und psychischen Probleme andauerten, sei er weiterhin in ärztlichen Abklärungen. Derzeit stünden neurologische Abklärungen an. Im Nachgang zum Unfall hätten sich zudem eine extrem starke Hypertonie und ein zu schneller Puls entwickelt. Er leide nun an starken Muskelverspannungen, Muskelschmerzen, Tinnitus, starken Schlafstörungen und psychischen Problemen. Er sei gemäss Austrittsbericht der Klinik D.____ 100 % arbeitsunfähig. Seine Symptome seien typisch für ein Schleudertrauma. Nach dem Unfall sei eine in Fällen von Schleudertraumata typische Facettengelenksinfiltration gemacht worden. Seit dem Unfall beständen psychische Probleme, die er davor nicht gehabt habe. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin stütze sich auf reine versicherungsmedizinische Abklärungen, insbesondere auf ein reines Aktengutachten. Dieses sei in mehreren Punkten fehlerhaft. Dr. med. B.____ zitiere einen angeblichen Morbus Scheuermann, der jedoch nie eindeutig diagnostiziert worden sei. Der Beschwerdeführer habe diese Jugendkrankheit nie gehabt. Dr. med. E.____ habe in seinem Bericht vom 25. Juni 2018 nur dargelegt, die Befunde erinnerten an einen Morbus Scheuermann, was er allerdings dann gleich wieder relativiert habe. Auch der Arztbericht von Dr. med. F.____ vom 11. Mai 2018 enthalte nirgends den Terminus Morbus Scheuermann. Fortan werde in zeitlich nachfolgenden Arztberichten immer ein Morbus Scheuermann falsch zitiert, weil in jedem späteren Arztbericht wie üblich aus vorliegenden Arztberichten abgeschrieben werde. Ähnlich verhalte es sich mit der von Dr. med. B.____ erwähnten isthmischen Lyse mit Spodylolisthesis. Diese sei per se keine Krankheit. Inzwischen seien auf Intervention des Beschwerdeführers diverse Gutachten wieder korrigiert worden. Selbst Dr. med. E.____, der den Morbus Scheuermann erstmals erwähnt habe, relativiere diese Erwähnung. Auch Dr. med. G.____ stelle in seinem korrigierten Austrittsbericht vom 15. Mai 2019 eine Diagnose ohne jeglichen Morbus Scheuermann und ohne Spondylose. Die Diagnose gehe hauptsächlich auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Auch Dr. med. H.____ habe in seinem neuen Bericht eine Korrektur vorgenommen. Das Zentrum I.____ habe den Morbus Scheuermann ebenfalls aus seiner Diagnoseliste gelöscht. Es seien strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen, wenn wie hier kein externes Gutachten eingeholt worden sei. Der Beschwerdeführer sei bereit, sich einer vom Gericht verfügbaren Begutachtung zu unterziehen. Es liege im vorliegenden Fall kein lückenloser Befund vor. Es sei unzutreffend, dass der Beschwerdeführer ausschliesslich mit einem «post hoc ergo propter hoc»-Schluss argumentiere. Die Kausalität des Unfallereignisses ergebe sich aus der Gesamtheit der Sachverhaltselemente. Selbst falls ein vorbestehendes Leiden gegeben wäre, würde dies nicht genügen, um die Kausalität deswegen zu verneinen.

Der Nachklagevorbehalt werde wie folgt begründet: Da die Kosten fortlaufend steigen würden, demnächst mit einer Einstellung der Taggelder zu rechnen sei und noch nicht klar sei, ob und welche Leistungen die Invalidenversicherung und die Krankenkasse erbrächten,

könnten sich die eingeklagten Forderungen weiter erhöhen. Zudem könnten der Gesundheitszustand und die Zukunftsprognose noch nicht abschliessend beurteilt werden.

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer erlitt gemäss Notfallbericht des Spitals J.____ vom 23. Januar 2018 (Swica-Nr. 6) beim Ereignis vom 22. Januar 2018 ein Dezelerationstrauma. Er war gegen 05.00 Uhr als LKW-Fahrer unterwegs, als in einer 60 km/h-Zone ein anderer LKW aus einer Einfahrt auf die Strasse fuhr. Als der Beschwerdeführer dies bemerkt habe, habe er sofort gebremst, aufgrund der schweren Zulast (ca. 32 t mit Anhänger) sei der LKW jedoch nicht mehr zum Stehen gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich so steif als möglich gemacht und auf den Zusammenprall vorbereitet. Ca. zwei Sekunden später sei es zum Zusammenstoss gekommen. Er sei angeschnallt gewesen, es habe keinen Kopfanprall gegeben und der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Er sei nicht bewusstlos gewesen, direkt ausgestiegen, habe mit der Polizei zusammen den Unfall aufgenommen und sei anschliessend beschwerdefrei nach Hause gegangen. Am nächsten Tag sei er normal auf der Arbeit gewesen, als er beim Umladen von schweren Gütern Schmerzen zwischen den Schulterblättern und in den Armen bekommen habe. Bei unauffälligem klinischem Untersuchungsbefund und fehlenden Hinweisen auf ossäre Läsionen wurde im Spital auf eine radiologische Bildgebung verzichtet. Die Schmerzen wurden als muskulär interpretiert, da sich der Beschwerdeführer stark angespannt habe, um die Wucht des Aufpralls zu vermindern. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von drei Tagen attestiert (23. bis 25. Januar 2018, Swica Nr. 8).

4.2 Am 11. Mai 2018 erfolgten durch Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, bildgebende Untersuchungen, ein Röntgen von LWS pa/lateral sowie BWS ap/lateral (Swica Nr. 10). Im Bereich der LWS erhob er folgenden Befund: Normale Höhe und regelrechtes Alignment der lumbalen Wirbelkörper. Normale Höhe der Bandscheibenfächer. Diskrete osteophytäre Ausziehungen anterior auf Höhe LWK 1/2.

Der Befund der BWS präsentierte sich folgendermassen: Rechtslaterale akzentuierte osteophytäre Reaktionen zum Teil mit Brückenbildungen auf Höhe BWK 8/9 und BWK 9/10 rechts lateral. Weitere osteophytäre Randausziehung rechts lateral an der Bodenplatte von BWK 12. Sklerosierungen im Verlauf der Bodenplatten der Brustwirbelkörper in der mittleren BWS. Kein Nachweis einer frakturverdächtigen Stufenbildung oder Keilwirbelbildung.

Zusammengefasst erkannte der Radiologe degenerative Veränderungen rechts lateral mit osteophytären Ausziehungen und Brückenbildungen in der unteren BWS sowie Sklerosierungen der Abschlussplatten der Bodenplatten der unteren BWS. Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Status nach Fraktur.

4.3 Am 22. Juni 2018 wurde durch PD Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie, ein MRT der BWS und LW nativ durchgeführt (Swica Nr. 11). Die BWS zeigte dabei folgende Befunde: Keine Höhenminderungen oder Hinweise auf ligamentäre Unterbrechungen, kein relevanter fokaler knöcherner Prozess. Vom BWK 6 bis BWK 12 zeigten sämtliche Endplatten, an den Bodenplatten betont, Schmorl-Impressionen. Hinweise auf frische Impressionen gebe es nicht. Das Myelon stelle sich regelrecht dar. In Bezug auf die Segmente zeigten sich Osteochondrosen mit spondylophytären Anbauten anterolateral rechts, betont auf BWK 8/9. Am BWK 10 gebe es geringe Modic Typ 1 Endplatten-Veränderungen. Eine grössere Diskushernie oder Einengung der Foramina lasse

sich nicht nachweisen.

An der LWS werden folgende Befunde erhoben: Es zeige sich eine aus dem konventionellen Bild bekannte Spondylolisthesis LWK 5/SWK 1 bei bilateraler Unterbrechung der Interartikularportion von LWK 5. Ansonsten bestehe keine fassbare Gefügestörung. Eindeutige traumatische Veränderungen fänden sich nicht. Anlagebedingt bestehe eine normale Weite des knöchernen Spinalkanals auf L4. Auf Höhe TH12/L1 sei der Konusstand regelrecht.

LWK 1/2: Signalabnahme vom Discus intervertebralis und kleine mediane Hernie (bei axial deutlichen Bewegungsartefakten). Kein Nachweis einer Kompromittierung, leichte spondylophytäre Anbauten, keine Ödeme.

LWK 2/3: keine substanziellen Veränderungen

LWK 3/4: Allenfalls geringe Facettengelenksarthrosen. Keine wesentliche Diskus-protrusion und kein Hinweis auf eine neurale Kompromittierung.

LWK 4/5: Leichte Facettengelenksarthrosen. Keine wesentliche Diskopathie. Keine Endplatten-Veränderungen. Keine neuralen Kompromittierungen.

LWK 5/SWK 1: Isthmische Spondylolisthesis. Kleine linksseitige Diskushernie. Allenfalls minimale Facettengelenksarthrosen. Kein Hinweis auf eine neurale Kompromittierung bei moderater Foraminalstenose links, keine Abflachung der linken L5-Wurzel.

Der Radiologe kommt zu folgender Beurteilung: Im Bereich der BWS gebe es keine Hinweise auf traumatische knöcherne Läsionen. Schmorl-Impressionen zeigten sich vor allem in die Bodenplatten BWK 6-BWK 12 ohne Ödeme und ohne Hinweis auf einen frischen Befund. Insgesamt erinnerten die Befunde an einen Morbus Scheuermann, allerdings fänden sich nur wenige Keilwirbel, am deutlichsten auf dem konventionellen Bild von BWK 8. Weiter habe es Osteochondrosen an der unteren BWS mit spondylophytären Anbauten, am deutlichsten auf BWK 8/9 und BWK 9/10. Im Bereich der LWS zeigten sich eine mediane Diskushernie L1/2 ohne neurale Kompromittierung, allenfalls leichte Facettengelenksarthrosen L3/4 bis L5/S1, eine isthmische Spondylolisthesis L5/S1 bei Unterbrechung der Interartikularportion von LWK 5 beidseits und zudem eine kleine linksseitige Diskushernie. Es bestehe eine leichte foraminale Einengung links, insgesamt aber ohne neurale Kompromittierung.

4.4 Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete gegenüber der Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2018 (Swica Nr. 12), der Beschwerdeführer leide nach wie vor an Rückenschmerzen thorakolumbal. Es zeige sich eine Therapieresistenz sowohl hinsichtlich physiotherapeutischer wie auch medikamentöser Massnahmen. Bildgebend hätten keine Hinweise auf traumatische knöcherne Läsionen gefunden werden können. Es bestehe ein Status nach Morbus Scheuermann. Die Schmerzen hätten sich chronifiziert.

4.5 Dr. med. H.____ und Dr. med. K.____, Ärzte der Wirbelsäulenchirurgie im Spital J.____, diagnostizierten am 9. Juli 2018 (Swica Nr. 13) ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom, Morbus Scheuermann. Klinisch sowie radiologisch bestehe ein thorakolumbales vertebrales Schmerzsyndrom, sehr wahrscheinlich aufgrund eines Morbus Scheuermann. Der Beschwerdeführer werde in erster Linie konservativ behandelt. Am 10. Juli 2018 werde man eine Facettengelenksin-filtration auf Höhe L4/5 links durchführen.

4.6 PD Dr. med. B.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hat am 27. August 2018 eine Aktenbeurteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellt (Swica Nr. 15). Er beurteilte dabei die am 11. Mai und 22. Juni 2018 hergestellten bildgebenden Dokumente: Mittel- und tiefthoracal zeigten sich Keildeformationen als Ausdruck eines Postscheuermannsyndroms ohne traumatische Veränderungen. An der LWS befindet sich eine Unruhezone im Bereich der Intraarticularportionen vereinbar mit einer isthmischen Lyse mit Lyse-Gap und Vorschub L5/S1 um 3 - 4 mm. Im ap-Bild zeigt sich eine asymmetrische Anlage der Pedicalbreite L5 mit etwas Sklerosierung im Bereich der IAP rechts ausgeprägter als links. Auf den MRI-Bildern vom 22. Juni 2018 sei eine Deck- und Grundplattenalteration tiefthoracal Th10 - 12 akzentuiert ersichtlich, gut vereinbar mit Status nach Morbus Scheuermann ohne frische Frakturödeme. Zusätzlich zeigt sich eine deutliche Discopathie mit breitbasiger Extrusion L5/S1 bei kernspintomographisch deutlichem Lyse-Gap L5 beidseits Rahmen einer isthmischen Lyse mit Spondylolisthesis Meyerding Grad I.

Zusammengefasst handelt es sich aus der Sicht von Dr. med. B.____ im unteren Thoracalbereich um einen Status nach Morbus Scheuermann mit Keildeformationen und plurietageren Deckplattenalterationen ohne frische Frakturkomponenten. Daneben besteht eine isthmische Lyse L5/S1 beidseits mit Spondylolisthesis L5/S1 Meyerding Grad I bis II (6 - 8 mm) als Ausdruck eines ebenso anlagemässigen Vorzustandes ohne Unfallkausalität. Er stellt folgende Diagnosen:

Unfallbezogen:

Status nach seitlichem Dezelerationstrauma des zervicothoracalen Übergangs am 22.01.2018

Unfallfremd:

Im Bereich der Brustwirbelsäule und der LWS könnten keine traumatischen Veränderungen festgestellt werden. Die geltend gemachten Beschwerden seien jedoch als Ausdruck der Anlagevariante der isthmischen Lyse mit Spondylolisthese L5/S1 im Sinne einer muskulären Kettenreaktion zu erklären, überlagert von einer Tendenz zur thoracalen Kyphosierung durch Status nach Morbus Scheuermann. Bei nicht unmittelbarer Beschwerdehaftigkeit und fehlender Nachweisbarkeit einer unfallkausalen Verletzung sei bestenfalls eine temporäre Verschlechterung des Vorzustandes anzunehmen. Grundsätzlich seien bei derartig degenerativen Veränderungen im Postscheuermann-Abschnitt BWS und obere LWS konservative Massnahmen mit isometrischer Stabilisation und Haltungskorrektur zu empfehlen. Analoges gelte auch für den Befund im Bereich des lumbosacralen Übergangs mit Anlagevarianten der isthmischen Spondylolyse mit Olisthese, welche bei fehlenden radikulären Parametern mit konservativer Stabilisation anzugehen sei.

Der Unfall vom 22. Januar 2018 sei nicht die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Das Unfallereignis habe mit medizinisch überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Stellenwert eines Manifestationsfaktors für eine temporäre Verschlechterung des vorgängig kompensierten unfallfremden Vorzustandes. Aufgrund der Sachlage müsse spätestens zum Zeitpunkt des kernspintomographischen Nachweises der Spondylolyse L5, also per 25. Juni 2018, der Vorzustand eingewendet werden (Zeitpunkt der erstmaligen Dokumentation des Vorzustandes). Entsprechend wäre der Status quo ante ebenso per 25. Juni 2018 einwendbar. Die Gesundheitsstörungen wären mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall im heutigen Ausmass aufgetreten. Grundsätzlich seien bei derartigen Vorzustandshypothesen mit Status nach Morbus Scheuermann und einer isthmischen Lyse L5 körperlich mittelschwer belastende Tätigkeiten wie Lastwagenfahren mit auch Umladeaufgaben mit einem erhöhten Risiko einer kurzfristig auch ohne Unfallereignis eintretenden muskulären Dekompensation verbunden. Bei fehlendem Nachweis einer unfallkausal eingetretenen Strukturschädigung müsse für die Manifestationen im posttraumatischen Verlauf eine muskuläre Dysbalance angenommen werden. Diese könne wegen des Vorzustands eine protrahierte Manifestation erklären. Allgemein würden temporäre Verschlechterungen analoger Ereignisse ohne nachweisbare Strukturveränderung innerhalb von 4 - 6 Monaten abheilen, so dass hier ab dem 22. Juni 2018 (MRI) der Vorzustand als einzige noch fassbare Strukturursache der geltend gemachten Restbeschwerden einwendbar sei.

4.7 Der Beschwerdeführer war vom 19. Dezember 2018 bis 21. Februar 2019 in der Klinik D. ___ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 15. Mai 2019 (Swica Nr. 50) wurden dort folgende Diagnosen erhoben:

Die Zuweisung sei unter den Verdachtsdiagnosen einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung bei cervikobrachialem und lumbovertebralem Schmerzsyndrom sowie cervikospodylogenem Syndrom bei Diskushernie C6/7 zur psychiatrisch-psychosomatischen Diagnostik und zur Prüfung einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsindikation erfolgt. Der Beschwerdeführer habe über chronisch-fluktuierende, rechtsseitig betonte, stechend-drückende Rückenschmerzen geklagt, die sich nach einem unverschuldeten frontalen LKW-Auffahrunfall entwickelt hätten. Seit September 2018 leide er auch unter einem rechtsseitigen Tinnitus. Aktuell könne er schmerzbedingt lediglich 30 Minuten am Stück sitzen und nur 30 - 40 Minuten am Stück stehen. Während des stationären Aufenthaltes hätten zweimal pro Woche psychotherapeutische Gespräche stattgefunden. Er werde in psychisch stabilem Zustand nach Hause entlassen. Beim Eintritt habe er im Beck-Depressions-Inventar (BDI) einen Score von 11 Punkten aufgewiesen, was klinisch einer minimalen depressiven Episode entspreche. Zum Austrittstermin hätten sich die Werte weiter reduziert. In somatischer Hinsicht sei eine Substitution mit Vitamin D3 begonnen worden. Auch habe man eine Langzeit-Blutdruck-Messung durchgeführt. Aufgrund der Resultate sei eine medikamentöse Behandlung erfolgt. Der Beschwerdeführer habe in medizinisch stabilem Zustand, jedoch mit weiter bestehender Schmerzsymptomatik nach Hause austreten können.

4.8 Dr. med. L. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert in seinem Bericht vom 16. Juli 2019 (Swica Nr. 55) Folgendes:

Der Beschwerdeführer sei seit dem 12. Juni 2019 in wöchentlicher Behandlung. Eine massgebende Bedeutung für diese Therapie komme dem Unfall vom 22. Januar 2018 zu. Vor dem Unfallereignis habe der Beschwerdeführer weder Schmerzen noch psychische Erkrankungen gehabt. Die traumatische Erfahrung habe das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit stark erschüttert. Dies äussere sich in depressiver Stimmung, Anspannung nach körperlicher Belastung, beeinträchtigender Sorge über körperliche Beschwerden, erhöhtem Blutdruck und Zukunftsängsten. Somatisch zeigten sich starke rechtsseitig betonte Rückenschmerzen und eine sehr hohe Anspannung. Die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führten zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit. Weiter sei eine Überlappung zwischen posttraumatischer Belastungsreaktion nach dem

Unfall und der chronischen Schmerzstörung zu beobachten. Unter der Medikation habe sich die depressive Symptomatik leicht verbessert.

5. Die Beschwerdeführerin stellt in somatischer Hinsicht im Einspracheentscheid auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. B. ___ ab und schliesst daraus, der Unfall vom 22. Januar 2018 sei überwiegend wahrscheinlich ursächlich dafür, ein zuvor besser kompensierter Vorzustand habe sich für eine gewisse Zeit verschlechtert habe, der Status quo sine sei aber spätestens am 25. Juni 2018 wieder erreicht gewesen. Der Beschwerdeführer hingegen lässt einwenden, es habe in diesem Sinne kein Vorzustand bestanden, er habe vorher nie Rückenbeschwerden gehabt. Er lässt die Aktenbeurteilung in diesem Zusammenhang als fehlerhaft rügen. Dr. med. B. ___ verfügt als Facharzt für orthopädische Chirurgie und Wirbelsäulenchirurgie über das nötige Fachwissen, um den medizinischen Sachverhalt beurteilen zu können. Eine reine Aktenbeurteilung ist hier beweistauglich, zumal dem beurteilenden Experten die vorhandenen Berichte des Spitals J. ___ zur Behandlung unmittelbar nach dem Unfall sowie der Nachbehandlung und die Berichte des Hausarztes, insbesondere aber die aktuellen bildgebenden Untersuchungen (Röntgen und MRI) mit eindeutigen Befunden vorlagen und er diese würdigen konnte. So konnte er sich ein zuverlässiges Bild über den medizinischen Sachverhalt verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1). Es standen ihm sowohl Berichte von Ärzten, die persönliche Untersuchungen durchgeführt haben zur Verfügung, als auch Ergebnisse von bildgebenden Abklärungen. Insbesondere Letztere zeigen klar auf, dass der Rücken keine frischen traumatischen Veränderungen aufwies, die vom Unfall vom 22. Januar 2018 hätten herrühren können. Die Beurteilung der Röntgen- und MRI-Bilder durch Dr. med. B. ___ entspricht derjenigen der die Bilder erstellenden Radiologen. Es liessen sich beim Beschwerdeführer keine frischen Verletzungen finden, die vom Unfall herrührten, demgegenüber aber vorbestehende, anlagebedingte und damit unfallfremde Befunde (Status nach Morbus Scheuermann und isthimische Spondylolyse L5 mit Olisthese Meyerding Grad I bis II). Dies entspricht der Einschätzung der nach dem Unfall behandelnden Ärzte. So hielt der Radiologe Dr. med. E. ___ dafür, die Befunde erinnerten an einen Morbus Scheuermann, wenngleich sich nur wenige Keilwirbel fänden. Auch der Hausarzt Dr. med. C. ___ übernahm diese Diagnose in seinem Bericht vom 17. Juli 2018 an die Beschwerdeführerin (Swica Nr. 12). Dass der Beschwerdeführer einwenden lässt, er habe vor dem Unfall nie irgendwelche Rückenschmerzen gehabt, was er mit entsprechenden Bestätigungen von Hausärzten (unter anderem auch von Dr. med. C. ___) untermauern lässt (Swica Nrn. 43, 44 und 49), ändert nichts an der Tatsache, dass auf den Bilddokumenten ein entsprechender Vorzustand zu erkennen ist. Dr. med. E. ___ hat seine Einschätzung vom 25. Juni 2018 (Swica Nr. 11) zwar auf Intervention des Vertreters des Beschwerdeführers mit E-Mail vom 12. Oktober 2019 relativiert (Beilage 21 zur Beschwerde vom 6. Dezember 2019). Er führt darin aus, die Diagnose Morbus Scheuermann sei bis zu einem gewissen Grad umstritten. Es seien beim Beschwerdeführer alle gängigen radiologischen Kriterien erfüllt, bis auf eine Kyphose. Die im Bericht gewählte Formulierung «erinnert an einen M. Scheuermann» sei daher aus bildgebender Sicht vorsichtig und adäquat. Da das wichtigste Kriterium der Kyphose aber nicht vorhanden sei, werde der Befund diskutiert und angepasst. Diese vagen Ausführungen vermögen jedoch keine Zweifel an der vom orthopädischen Fachmann vorgenommenen Beurteilung zu erwecken. Es wird auch nicht gesagt, dass die im ersten Bericht getroffene Vermutung sich als falsch erwiesen habe. Zur Spondylolisthesis hingegen hält Dr. med. E. ___ auch nachträglich klar fest, dass es sich hier um eine Tatsache ohne

Interpretationsspielraum handle, der Befund mithin klar gegeben und es Sache der klinischen Untersucher sei, die Befunde hinsichtlich einer Symptomatik zu interpretieren. Somit hat die Beschwerdegegnerin an der zweifelsfreien Beurteilung von Dr. med. B.____ festhalten dürfen und ist zu Recht davon ausgegangen, dass der status quo sine spätestens am 25. Juni 2018 (Datum der radiologischen Berichterstattung nach den bildgebenden Untersuchungen vom 11. Mai und 22. Juni 2018) erreicht war. Daran vermögen auch der Bericht der Klinik D.____ vom 15. Mai 2019 (Swica Nr. 50), der keine Angaben zu dieser Frage enthält, sowie die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte nichts zu ändern. Im Bericht der Neurologin Dr. med. M.____ vom 19. Juni 2019 (Beilage 17) wird unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe eine schmerzhaft verspannte Rückenmuskulatur rechts bei Status nach Auffahrunfall im Januar 2018. Die Neurologin vermutet, dass diese Schmerzen muskulär bedingt seien. Fokalneurologische Defizite oder Hinweise für eine Nervenkompression konnte sie indessen nicht finden. Ausführungen zur Unfallkausalität enthält dieser Bericht keine, ebenso wenig der Bericht des Zentrums I.____ vom 6. September 2019. Auch die unbegründeten Stellungnahmen des Hausarztes und Allgemeinmediziners Dr. med. C.____, wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall nie Rückenprobleme gehabt habe, weshalb die Beschwerden unfallbedingt seien, erwecken keinerlei Zweifel an der Aktenbeurteilung.

Zusammenfassend fehlt es an nachweisbaren unfallbedingten Läsionen, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine unfallkausalen somatischen Beschwerden mehr vorlagen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich, da davon angesichts der Befundlage keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer lässt auch unfallbedingte, psychische Beschwerden geltend machen. Nach dem oben Gesagten ist hier kein für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typisches, buntes Beschwerdebild und auch keine solche Verletzung zu bejahen, weshalb die Psycho-Praxis (vgl. E. 2.3.2) zur Anwendung kommt.

6.2 Was die Schwere des Unfallereignisses anbelangt, so wurde die Frontalkollision bzw. seitliche Kollision (siehe Swica Nr. 1 und 5) zwischen den beiden LKW bei maximal Tempo 60 (wie schnell diese fuhren, als der Aufprall erfolgte, ist nicht aktenkundig), wobei der Beschwerdeführer angegurtet und auf den Aufprall vorbereitet war (Swica Nr. 5), von der Beschwerdegegnerin zu Recht als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert. Der Beschwerdeführer ist nicht mit dem Kopf angeprallt, war auf den Zusammenstoss vorbereitet und der Airbag wurde nicht ausgelöst. Er konnte nach dem Unfall den LKW verlassen und diesen mit dem Mitbeteiligten und der Polizei aufnehmen. Danach begab er sich beschwerdefrei nach Hause. Erst einen Tag später traten Schmerzen auf und der Beschwerdeführer stellte sich abends im Notfall des Spitals J.____ vor (Swica Nr. 8). Durch die erstbehandelnden Ärzte wurde er für drei Tage krankgeschrieben.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wurden zum Beispiel folgende Unfälle als mittelschwer im engeren Sinne angesehen:

(Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2019 vom 21. August 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen und weiteren Beispielen).

Im Vergleich mit den genannten Beispielen ist der hier fragliche Unfall als ein mittelschwerer an der Grenze zu den leichten Unfällen anzusehen. Folglich müssen ■ sofern kein einzelnes davon besonders ausgeprägt ist ■ vier der sieben einschlägigen Adäquanzkriterien nach der Psycho-Praxis erfüllt sein.

6.3 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit sind vorliegend nicht gegeben. Es handelt sich um einen Verkehrsunfall zwischen zwei Lastwagen aufgrund eines Missachtens des Vortrittsrechts. Es gab auf beiden Seiten keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. Der Beschwerdeführer begab sich nach dem Unfall nicht in ärztliche Behandlung, ging zunächst wieder arbeiten und stellte sich erst beim Notfall des Spitals J.____ vor, als er tags darauf bei der Arbeit Schmerzen verspürte. Danach folgten bildgebende Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen. Körperliche Dauerschmerzen sind gemäss dem Beschwerdeführer gegeben, allerdings primär psychisch begründet. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Schliesslich kann auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und den anhaltenden erheblichen Beschwerden kann für sich allein noch nicht auf dieses Kriterium geschlossen werden, ebenso wenig aus dem Fehlen von Beschwerdefreiheit trotz verschiedener Therapien. Dafür bedürfte es besonderer Gründe, welche die Heilung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_473/2019 vom 11. November 2019 E. 5.6). Bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind nur Zeiten zu berücksichtigen, in denen die Beschwerdeführerin auf Grund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 4.2.7). Der Beschwerdeführer ist vom Hausarzt seit dem 9. Mai 2018 (wieder) zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Swica Nr. 20).

6.4 Dr. med. L.____, der den Beschwerdeführer psychiatrisch behandelt, schreibt in seinem Bericht vom 5. Februar 2020 (Beilage 4 zur Beschwerde), der Unfall vom 22. Januar 2018 sei adäquat kausal zu den psychischen Beschwerden. Es wird darauf hingewiesen, der Verkehrsunfall sei nach dem natürlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet, die heutigen gesundheitlichen Probleme hervorzurufen. Dieser stelle aus Sicht der Behandler die Hauptursache dar für die aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigung. Diese Einschätzung wird nicht weiter begründet oder mit den erhobenen Befunden in Zusammenhang gebracht. Es lässt sich weder diesem Bericht noch den im psychiatrischen Bericht vom 19. Juli 2019 erhobenen Befunden etwas für die oben durchgeführte Adäquanzprüfung gewinnen.

6.5 Zusammengefasst sind von den sieben Adäquanzkriterien allenfalls zwei (körperliche Dauerschmerzen, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) erfüllt. Ein rechtserheblicher adäquater Kausalzusammenhang ist damit nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen zu Recht per 31. August 2018 eingestellt. Die Beschwerde ist damit unbegründet und abzuweisen.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang ist keine Parteientschädigung zu Gunsten des Beschwerdeführers zuzusprechen.

7.2 Das Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit 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

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Ingold

Der vorliegende Entscheid wurde durch das Bundesgericht mit Urteil 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 bestätigt.

E. 11

Mai 2018 als auch mit MRT von 25. Juni 2018 seien degenerative Veränderungen sowohl an der BWS und LWS festgestellt worden. Unfallbedingte strukturelle Veränderungen hätten jedoch bildgebend nicht festgestellt werden können. Dr. med. B. ___ habe über die Bildgebungen verfügt und besitze als Experte das nötige Fachwissen, um eine Diagnose allenfalls zu bestätigen oder zu verwerfen. 3.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 9 ff.) und Replik (A.S. 41 ff.) entgegenhalten, er habe vor dem Unfall vom 22. Januar 2018 nie solche gesundheitlichen Probleme gehabt. Nach dem Unfall habe er mit der Zeit ständig unter stärker werdenden Schmerzen, insbesondere im Rücken, gelitten. Durch die Hausärzte sei bestätigt, dass er vor dem Unfall gesund und nie wegen dem Rücken oder der HWS in Behandlung gewesen sei. Da die physischen und psychischen Probleme andauerten, sei er weiterhin in ärztlichen Abklärungen. Derzeit stünden neurologische Abklärungen an. Im Nachgang zum Unfall hätten sich zudem eine extrem starke Hypertonie und ein zu schneller Puls entwickelt. Er leide nun an starken Muskelverspannungen, Muskelschmerzen, Tinnitus, starken Schlafstörungen und psychischen Problemen. Er sei gemäss Austrittsbericht der Klinik D. ___ 100 % arbeitsunfähig. Seine Symptome seien typisch für ein Schleudertrauma. Nach dem Unfall sei eine in Fällen von Schleudertraumata typische Facettengelenksinfiltration gemacht worden. Seit dem Unfall bestünden psychische Probleme, die er davor nicht gehabt habe. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin stütze sich auf reine versicherungsmedizinische Abklärungen, insbesondere auf ein reines Aktengutachten. Dieses sei in mehreren Punkten fehlerhaft. Dr. med. B. ___ zitiere einen angeblichen Morbus Scheuermann, der jedoch nie eindeutig diagnostiziert worden sei. Der Beschwerdeführer habe diese Jugendkrankheit nie gehabt. Dr. med. E. ___ habe in seinem Bericht vom 25. Juni 2018 nur dargelegt, die Befunde erinnerten an einen Morbus Scheuermann, was er allerdings dann gleich wieder relativiert habe. Auch der Arztbericht von Dr. med. F. ___ vom 11. Mai 2018 enthalte nirgends den Terminus Morbus Scheuermann. Fortan werde in zeitlich nachfolgenden Arztberichten immer ein Morbus Scheuermann falsch zitiert, weil in jedem späteren Arztbericht wie üblich aus vorliegenden Arztberichten abgeschrieben werde. Ähnlich

verhalte es sich mit der von Dr. med. B.____ erwähnten isthimischen Lyse mit Spodylolisthesis. Diese sei per se keine Krankheit. Inzwischen seien auf Intervention des Beschwerdeführers diverse Gutachten wieder korrigiert worden. Selbst Dr. med. E.____, der den Morbus Scheuermann erstmals erwähnt habe, relativiere diese Erwähnung. Auch Dr. med. G.____ stelle in seinem korrigierten Austrittsbericht vom 15. Mai 2019 eine Diagnose ohne jeglichen Morbus Scheuermann und ohne Spondylose. Die Diagnose gehe hauptsächlich auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Auch Dr. med. H.____ habe in seinem neuen Bericht eine Korrektur vorgenommen. Das Zentrum I.____ habe den Morbus Scheuermann ebenfalls aus seiner Diagnoseliste gelöscht. Es seien strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen, wenn wie hier kein externes Gutachten eingeholt worden sei. Der Beschwerdeführer sei bereit, sich einer vom Gericht verfügbaren Begutachtung zu unterziehen. Es liege im vorliegenden Fall kein lückenloser Befund vor. Es sei unzutreffend, dass der Beschwerdeführer ausschliesslich mit einem «post hoc ergo propter hoc»-Schluss argumentiere. Die Kausalität des Unfallereignisses ergebe sich aus der Gesamtheit der Sachverhaltselemente. Selbst falls ein vorbestehendes Leiden gegeben wäre, würde dies nicht genügen, um die Kausalität deswegen zu verneinen. Der Nachklagevorbehalt werde wie folgt begründet: Da die Kosten fortlaufend steigen würden, demnächst mit einer Einstellung der Taggelder zu rechnen sei und noch nicht klar sei, ob und welche Leistungen die Invalidenversicherung und die Krankenkasse erbrächten, könnten sich die eingeklagten Forderungen weiter erhöhen. Zudem könnten der Gesundheitszustand und die Zukunftsprognose noch nicht abschliessend beurteilt werden.

4. 4.1 Der Beschwerdeführer erlitt gemäss Notfallbericht des Spitals J.____ vom 23. Januar 2018 (Swica-Nr. 6) beim Ereignis vom 22. Januar 2018 ein Dezelerationstrauma. Er war gegen 05.00 Uhr als LKW-Fahrer unterwegs, als in einer 60 km/h-Zone ein anderer LKW aus einer Einfahrt auf die Strasse fuhr. Als der Beschwerdeführer dies bemerkt habe, habe er sofort gebremst, aufgrund der schweren Zulast (ca. 32 t mit Anhänger) sei der LKW jedoch nicht mehr zum Stehen gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich so steif als möglich gemacht und auf den Zusammenprall vorbereitet. Ca. zwei Sekunden später sei es zum Zusammenstoss gekommen. Er sei angeschnallt gewesen, es habe keinen Kopfanprall gegeben und der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Er sei nicht bewusstlos gewesen, direkt ausgestiegen, habe mit der Polizei zusammen den Unfall aufgenommen und sei anschliessend beschwerdefrei nach Hause gegangen. Am nächsten Tag sei er normal auf der Arbeit gewesen, als er beim Umladen von schweren Gütern Schmerzen zwischen den Schulterblättern und in den Armen bekommen habe. Bei unauffälligem klinischem Untersuchungsbefund und fehlenden Hinweisen auf ossäre Läsionen wurde im Spital auf eine radiologische Bildgebung verzichtet. Die Schmerzen wurden als muskulär interpretiert, da sich der Beschwerdeführer stark angespannt habe, um die Wucht des Aufpralls zu vermindern. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von drei Tagen attestiert (23. bis 25. Januar 2018, Swica Nr. 8).

4.2 Am 11. Mai 2018 erfolgten durch Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, bildgebende Untersuchungen, ein Röntgen von LWS pa/lateral sowie BWS ap/lateral (Swica Nr. 10). Im Bereich der LWS erhob er folgenden Befund: Normale Höhe und regelrechtes Alignment der lumbalen Wirbelkörper. Normale Höhe der Bandscheibenfächer. Diskrete osteophytäre Ausziehungen anterior auf Höhe LWK 1/2. Der Befund der BWS präsentierte sich folgendermassen: Rechtslaterale akzentuierte osteophytäre Reaktionen zum Teil mit Brückenbildungen auf Höhe BWK 8/9 und BWK 9/10 rechts lateral. Weitere osteophytäre Randausziehung rechts lateral an der Bodenplatte

von BWK 12. Sklerosierungen im Verlauf der Bodenplatten der Brustwirbelkörper in der mittleren BWS. Kein Nachweis einer frakturverdächtigen Stufenbildung oder Keilwirbelbildung. Zusammengefasst erkannte der Radiologe degenerative Veränderungen rechts lateral mit osteophytären Ausziehungen und Brückenbildungen in der unteren BWS sowie Sklerosierungen der Abschlussplatten der Bodenplatten der unteren BWS. Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Status nach Fraktur. 4.3 Am 22. Juni 2018 wurde durch PD Dr. med. E. ____, Facharzt für Radiologie, ein MRT der BWS und LW nativ durchgeführt (Swica Nr. 11). Die BWS zeigte dabei folgende Befunde: Keine Höhenminderungen oder Hinweise auf ligamentäre Unterbrechungen, kein relevanter fokaler knöcherner Prozess. Vom BWK 6 bis BWK 12 zeigten sämtliche Endplatten, an den Bodenplatten betont, Schmorl-Impressionen. Hinweise auf frische Impressionen gebe es nicht. Das Myelon stelle sich regelrecht dar. In Bezug auf die Segmente zeigten sich Osteochondrosen mit spondylophytären Anbauten anterolateral rechts, betont auf BWK 8/9. Am BWK 10 gebe es geringe Modic Typ 1 Endplatten-Veränderungen. Eine grössere Diskushernie oder Einengung der Foramina lasse sich nicht nachweisen. An der LWS werden folgende Befunde erhoben: Es zeige sich eine aus dem konventionellen Bild bekannte Spondylolisthesis LWK 5/SWK 1 bei bilateraler Unterbrechung der Interartikularportion von LWK 5. Ansonsten bestehe keine fassbare Gefügestörung. Eindeutige traumatische Veränderungen fänden sich nicht. Anlagebedingt bestehe eine normale Weite des knöchernen Spinalkanals auf L4. Auf Höhe TH12/L1 sei der Konusstand regelrecht. LWK 1/2: Signalabnahme vom Discus intervertebralis und kleine mediane Hernie (bei axial deutlichen Bewegungsartefakten). Kein Nachweis einer Kompromittierung, leichte spondylophytäre Anbauten, keine Ödeme. LWK 2/3: keine substanziellen Veränderungen LWK 3/4: Allenfalls geringe Facettengelenksarthrosen. Keine wesentliche Diskus-protrusion und kein Hinweis auf eine neurale Kompromittierung. LWK 4/5: Leichte Facettengelenksarthrosen. Keine wesentliche Diskopathie. Keine Endplatten-Veränderungen. Keine neuralen Kompromittierungen. LWK 5/SWK 1: Isthmische Spondylolisthesis. Kleine linksseitige Diskushernie. Allenfalls minimale Facettengelenksarthrosen. Kein Hinweis auf eine neurale Kompromittierung bei moderater Foraminalstenose links, keine Abflachung der linken L5-Wurzel. Der Radiologe kommt zu folgender Beurteilung: Im Bereich der BWS gebe es keine Hinweise auf traumatische knöchernerne Läsionen. Schmorl-Impressionen zeigten sich vor allem in die Bodenplatten BWK 6-BWK 12 ohne Ödeme und ohne Hinweis auf einen frischen Befund. Insgesamt erinnerten die Befunde an einen Morbus Scheuermann, allerdings fänden sich nur wenige Keilwirbel, am deutlichsten auf dem konventionellen Bild von BWK 8. Weiter habe es Osteochondrosen an der unteren BWS mit spondylophytären Anbauten, am deutlichsten auf BWK 8/9 und BWK 9/10. Im Bereich der LWS zeigten sich eine mediane Diskushernie LI/2 ohne neurale Kompromittierung, allenfalls leichte Facettengelenksarthrosen L3/4 bis L5/S1, eine isthmische Spondylolisthesis L5/S1 bei Unterbrechung der Interartikularportion von LWK 5 beidseits und zudem eine kleine linksseitige Diskushernie. Es bestehe eine leichte foraminale Einengung links, insgesamt aber ohne neurale Kompromittierung. 4.4 Dr. med. C. ____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete gegenüber der Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2018 (Swica Nr. 12), der Beschwerdeführer leide nach wie vor an Rückenschmerzen thorakolumbal. Es zeige sich eine Therapieresistenz sowohl hinsichtlich physiotherapeutischer wie auch medikamentöser Massnahmen. Bildgebend hätten keine Hinweise auf traumatische knöchernerne Läsionen gefunden werden können. Es bestehe ein Status nach Morbus Scheuermann. Die Schmerzen hätten sich chronifiziert.

4.5 Dr. med. H.____ und Dr. med. K.____, Ärzte der Wirbelsäulenchirurgie im Spital J.____, diagnostizierten am 9. Juli 2018 (Swica Nr. 13) ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom, Morbus Scheuermann. Klinisch sowie radiologisch bestehe ein thorakolumbales vertebrales Schmerzsyndrom, sehr wahrscheinlich aufgrund eines Morbus Scheuermann. Der Beschwerdeführer werde in erster Linie konservativ behandelt. Am 10. Juli 2018 werde man eine Facettengelenksinfiltration auf Höhe L4/5 links durchführen.

4.6 PD Dr. med. B.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hat am 27. August 2018 eine Aktenbeurteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellt (Swica Nr. 15). Er beurteilte dabei die am 11. Mai und 22. Juni 2018 hergestellten bildgebenden Dokumente: Mittel- und tiefthoracal zeigten sich Keildeformationen als Ausdruck eines Postscheuermannsyndroms ohne traumatische Veränderungen. An der LWS befinde sich eine Unruhezone im Bereich der Intraarticularportionen vereinbar mit einer isthmischen Lyse mit Lyse-Gap und Vorschub L5/S1 um 3 - 4 mm. Im ap-Bild zeige sich eine asymmetrische Anlage der Pedicalbreite L5 mit etwas Sklerosierung im Bereich der IAP rechts ausgeprägter als links. Auf den MRI-Bildern vom 22. Juni 2018 sei eine Deck- und Grundplattenalteration tiefthoracal Th10 - 12 akzentuiert ersichtlich, gut vereinbar mit Status nach Morbus Scheuermann ohne frische Frakturödeme. Zusätzlich zeige sich eine deutliche Discopathie mit breitbasiger Extrusion L5/S1 bei kernspintomographisch deutlichem Lyse-Gap L5 beidseits Rahmen einer isthmischen Lyse mit Spondylolisthesis Meyerding Grad I. Zusammengefasst handelt es sich aus der Sicht von Dr. med. B.____ im unteren Thoracalbereich um einen Status nach Morbus Scheuermann mit Keildeformationen und plurietaeren Deckplattenalterationen ohne frische Frakturkomponenten. Daneben bestehe eine isthmische Lyse L5/S1 beidseits mit Spondylolisthesis L5/S1 Meyerding Grad I bis II (6 - 8 mm) als Ausdruck eines ebenso anlagemässigen Vorzustandes ohne Unfallkausalität. Er stellt folgende Diagnosen: Unfallbezogen: Status nach seitlichem Dezelerationstrauma des zervicothoracalen Übergangs am 22.01.2018 Unfallfremd: - Status nach Morbus Scheuermann im Bereiche des thoracolumbalen Übergangs mit residuellen Keildeformationen - Isthmische Spondylolyse L5 mit Olisthese Meyerding Grad I bis II Im Bereich der Brustwirbelsäule und der LWS könnten keine traumatischen Veränderungen festgestellt werden. Die geltend gemachten Beschwerden seien jedoch als Ausdruck der Anlagevariante der isthmischen Lyse mit Spondylolisthese L5/S1 im Sinne einer muskulären Kettenreaktion zu erklären, überlagert von einer Tendenz zur thoracalen Kyphosierung durch Status nach Morbus Scheuermann. Bei nicht unmittelbarer Beschwerdehaftigkeit und fehlender Nachweisbarkeit einer unfallkausalen Verletzung sei bestenfalls eine temporäre Verschlechterung des Vorzustandes anzunehmen. Grundsätzlich seien bei derartig degenerativen Veränderungen im Postscheuermann-Abschnitt BWS und obere LWS konservative Massnahmen mit isometrischer Stabilisation und Haltungskorrektur zu empfehlen. Analoges gelte auch für den Befund im Bereich des lumbosacralen Übergangs mit Anlagevarianten der isthmischen Spondylolyse mit Olisthese, welche bei fehlenden radikulären Parametern mit konservativer Stabilisation anzugehen sei. Der Unfall vom 22. Januar 2018 sei nicht die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Das Unfallereignis habe mit medizinisch überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Stellenwert eines Manifestationsfaktors für eine temporäre Verschlechterung des vorgängig kompensierten unfallfremden Vorzustandes. Aufgrund der Sachlage müsse spätestens zum Zeitpunkt des kernspintomographischen Nachweises der Spondylolyse L5, also per 25. Juni 2018, der Vorzustand eingewendet werden (Zeitpunkt der erstmaligen Dokumentation des

Vorzustandes). Entsprechend wäre der Status quo ante ebenso per 25. Juni 2018 einwendbar. Die Gesundheitsstörungen wären mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall im heutigen Ausmass aufgetreten. Grundsätzlich seien bei derartigen Vorzustandshypothesen mit Status nach Morbus Scheuermann und einer isthmischen Lyse L5 körperlich mittelschwer belastende Tätigkeiten wie Lastwagenfahren mit auch Umladeaufgaben mit einem erhöhten Risiko einer kurzfristig auch ohne Unfallereignis eintretenden muskulären Dekompensation verbunden. Bei fehlendem Nachweis einer unfallkausal eingetretenen Strukturschädigung müsse für die Manifestationen im posttraumatischen Verlauf eine muskuläre Dysbalance angenommen werden. Diese könne wegen des Vorzustands eine protrahierte Manifestation erklären. Allgemein würden temporäre Verschlechterungen analoger Ereignisse ohne nachweisbare Strukturveränderung innerhalb von 4 - 6 Monaten abheilen, so dass hier ab dem 22. Juni 2018 (MRI) der Vorzustand als einzige noch fassbare Strukturursache der geltend gemachten Restbeschwerden einwendbar sei. 4.7 Der Beschwerdeführer war vom 19. Dezember 2018 bis 21. Februar 2019 in der Klinik D.____ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 15. Mai 2019 (Swica Nr. 50) wurden dort folgende Diagnosen erhoben: - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41) - Dyslipidämie AGLA-Score 11.12.2018; 6.1 % (niedriges Risiko) - Nephrolithiasis bis anhin asymptomatisch Sono-Abdomen vom 01/2019 - Arterielle Hypertonie Leichtgradig aktuell Beginn Betablockertherapie Die Zuweisung sei unter den Verdachtsdiagnosen einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung bei cervikobrachialem und lumbovertebralem Schmerzsyndrom sowie cervikospondylogem Syndrom bei Diskushernie C6/7 zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und zur Prüfung einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsindikation erfolgt. Der Beschwerdeführer habe über chronisch-fluktuierende, rechtsseitig betonte, stechend-drückende Rückenschmerzen geklagt, die sich nach einem unverschuldeten frontalen LKW-Auffahrunfall entwickelt hätten. Seit September 2018 leide er auch unter einem rechtsseitigen Tinnitus. Aktuell könne er schmerzbedingt lediglich 30 Minuten am Stück sitzen und nur 30 - 40 Minuten am Stück stehen. Während des stationären Aufenthaltes hätten zweimal pro Woche psychotherapeutische Gespräche stattgefunden. Er werde in psychisch stabilem Zustand nach Hause entlassen. Beim Eintritt habe er im Beck-Depressions-Inventar (BDI) einen Score von 11 Punkten aufgewiesen, was klinisch einer minimalen depressiven Episode entspreche. Zum Austrittstermin hätten sich die Werte weiter reduziert. In somatischer Hinsicht sei eine Substitution mit Vitamin D3 begonnen worden. Auch habe man eine Langzeit-Blutdruck-Messung durchgeführt. Aufgrund der Resultate sei eine medikamentöse Behandlung erfolgt. Der Beschwerdeführer habe in medizinisch stabilem Zustand, jedoch mit weiter bestehender Schmerzsymptomatik nach Hause austreten können. 4.8 Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert in seinem Bericht vom 16. Juli 2019 (Swica Nr. 55) Folgendes: - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Posttraumatische Belastungsstörung Der Beschwerdeführer sei seit dem 12. Juni 2019 in wöchentlicher Behandlung. Eine massgebende Bedeutung für diese Therapie komme dem Unfall vom 22. Januar 2018 zu. Vor dem Unfallereignis habe der Beschwerdeführer weder Schmerzen noch psychische Erkrankungen gehabt. Die traumatische Erfahrung habe das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit stark erschüttert. Dies äussere sich in depressiver Stimmung, Anspannung nach körperlicher Belastung, beeinträchtigender Sorge über

körperliche Beschwerden, erhöhtem Blutdruck und Zukunftsängsten. Somatisch zeigten sich starke rechtsseitig betonte Rückenschmerzen und eine sehr hohe Anspannung. Die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führten zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit. Weiter sei eine Überlappung zwischen posttraumatischer Belastungsreaktion nach dem Unfall und der chronischen Schmerzstörung zu beobachten. Unter der Medikation habe sich die depressive Symptomatik leicht verbessert. 5. Die Beschwerdegegnerin stellt in somatischer Hinsicht im Einspracheentscheid auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. B. ___ ab und schliesst daraus, der Unfall vom 22. Januar 2018 sei überwiegend wahrscheinlich ursächlich dafür, ein zuvor besser kompensierter Vorzustand habe sich für eine gewisse Zeit verschlechtert habe, der Status quo sine sei aber spätestens am 25. Juni 2018 wieder erreicht gewesen. Der Beschwerdeführer hingegen lässt einwenden, es habe in diesem Sinne kein Vorzustand bestanden, er habe vorher nie Rückenbeschwerden gehabt. Er lässt die Aktenbeurteilung in diesem Zusammenhang als fehlerhaft rügen. Dr. med. B. ___ verfügt als Facharzt für orthopädische Chirurgie und Wirbelsäulenchirurgie über das nötige Fachwissen, um den medizinischen Sachverhalt beurteilen zu können. Eine reine Aktenbeurteilung ist hier beweistauglich, zumal dem beurteilenden Experten die vorhandenen Berichte des Spitals J. ___ zur Behandlung unmittelbar nach dem Unfall sowie der Nachbehandlung und die Berichte des Hausarztes, insbesondere aber die aktuellen bildgebenden Untersuchungen (Röntgen und MRI) mit eindeutigen Befunden vorlagen und er diese würdigen konnte. So konnte er sich ein zuverlässiges Bild über den medizinischen Sachverhalt verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1). Es standen ihm sowohl Berichte von Ärzten, die persönliche Untersuchungen durchgeführt haben zur Verfügung, als auch Ergebnisse von bildgebenden Abklärungen. Insbesondere Letztere zeigen klar auf, dass der Rücken keine frischen traumatischen Veränderungen aufwies, die vom Unfall vom 22. Januar 2018 hätten herrühren können. Die Beurteilung der Röntgen- und MRI-Bilder durch Dr. med. B. ___ entspricht derjenigen der die Bilder erstellenden Radiologen. Es liessen sich beim Beschwerdeführer keine frischen Verletzungen finden, die vom Unfall herrührten, demgegenüber aber vorbestehende, anlagebedingte und damit unfallfremde Befunde (Status nach Morbus Scheuermann und isthimische Spondylolyse L5 mit Olisthese Meyerding Grad I bis II). Dies entspricht der Einschätzung der nach dem Unfall behandelnden Ärzte. So hielt der Radiologe Dr. med. E. ___ dafür, die Befunde erinnerten an einen Morbus Scheuermann, wengleich sich nur wenige Keilwirbel fänden. Auch der Hausarzt Dr. med. C. ___ übernahm diese Diagnose in seinem Bericht vom 17. Juli 2018 an die Beschwerdegegnerin (Swica Nr. 12). Dass der Beschwerdeführer einwenden lässt, er habe vor dem Unfall nie irgendwelche Rückenschmerzen gehabt, was er mit entsprechenden Bestätigungen von Hausärzten (unter anderem auch von Dr. med. C. ___) untermauern lässt (Swica Nrn. 43, 44 und 49), ändert nichts an der Tatsache, dass auf den Bilddokumenten ein entsprechender Vorzustand zu erkennen ist. Dr. med. E. ___ hat seine Einschätzung vom 25. Juni 2018 (Swica Nr. 11) zwar auf Intervention des Vertreters des Beschwerdeführers mit E-Mail vom 12. Oktober 2019 relativiert (Beilage 21 zur Beschwerde vom 6. Dezember 2019). Er führt darin aus, die Diagnose Morbus Scheuermann sei bis zu einem gewissen Grad umstritten. Es seien beim Beschwerdeführer alle gängigen radiologischen Kriterien erfüllt, bis auf eine Kyphose. Die im Bericht gewählte Formulierung «erinnert an einen M. Scheuermann» sei daher aus bildgebender Sicht vorsichtig und adäquat. Da das wichtigste Kriterium der Kyphose aber nicht vorhanden sei, werde der Befund diskutiert und angepasst. Diese vagen Ausführungen

vermögen jedoch keine Zweifel an der vom orthopädischen Fachmann vorgenommenen Beurteilung zu erwecken. Es wird auch nicht gesagt, dass die im ersten Bericht getroffene Vermutung sich als falsch erwiesen habe. Zur Spondylolisthesis hingegen hält Dr. med. E. ___ auch nachträglich klar fest, dass es sich hier um eine Tatsache ohne Interpretationsspielraum handle, der Befund mithin klar gegeben und es Sache der klinischen Untersucher sei, die Befunde hinsichtlich einer Symptomatik zu interpretieren. Somit hat die Beschwerdegegnerin an der zweifelsfreien Beurteilung von Dr. med. B. ___ festhalten dürfen und ist zu Recht davon ausgegangen, dass der status quo sine spätestens am 25. Juni 2018 (Datum der radiologischen Berichterstattung nach den bildgebenden Untersuchungen vom 11. Mai und 22. Juni 2018) erreicht war. Daran vermögen auch der Bericht der Klinik D. ___ vom 15. Mai 2019 (Swica Nr. 50), der keine Angaben zu dieser Frage enthält, sowie die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte nichts zu ändern. Im Bericht der Neurologin Dr. med. M. ___ vom 19. Juni 2019 (Beilage 17) wird unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe eine schmerzhaft verspannte Rückenmuskulatur rechts bei Status nach Auffahrunfall im Januar 2018. Die Neurologin vermutet, dass diese Schmerzen muskulär bedingt seien. Fokalneurologische Defizite oder Hinweise für eine Nervenkompression konnte sie indessen nicht finden. Ausführungen zur Unfallkausalität enthält dieser Bericht keine, ebenso wenig der Bericht des Zentrums I. ___ vom 6. September 2019. Auch die unbegründeten Stellungnahmen des Hausarztes und Allgemeinmediziners Dr. med. C. ___, wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall nie Rückenprobleme gehabt habe, weshalb die Beschwerden unfallbedingt seien, erwecken keinerlei Zweifel an der Aktenbeurteilung. Zusammenfassend fehlt es an nachweisbaren unfallbedingten Läsionen, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine unfallkausalen somatischen Beschwerden mehr vorlagen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich, da davon angesichts der Befundlage keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

6. 6.1 Der Beschwerdeführer lässt auch unfallbedingte, psychische Beschwerden geltend machen. Nach dem oben Gesagten ist hier kein für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typisches, buntes Beschwerdebild und auch keine solche Verletzung zu bejahen, weshalb die Psycho-Praxis (vgl. E. 2.3.2) zur Anwendung kommt.

6.2 Was die Schwere des Unfallereignisses anbelangt, so wurde die Frontalkollision bzw. seitliche Kollision (siehe Swica Nr. 1 und 5) zwischen den beiden LKW bei maximal Tempo 60 (wie schnell diese fuhren, als der Aufprall erfolgte, ist nicht aktenkundig), wobei der Beschwerdeführer angegurtet und auf den Aufprall vorbereitet war (Swica Nr. 5), von der Beschwerdegegnerin zu Recht als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert. Der Beschwerdeführer ist nicht mit dem Kopf angeprallt, war auf den Zusammenstoss vorbereitet und der Airbag wurde nicht ausgelöst. Er konnte nach dem Unfall den LKW verlassen und diesen mit dem Mitbeteiligten und der Polizei aufnehmen. Danach begab er sich beschwerdefrei nach Hause. Erst einen Tag später traten Schmerzen auf und der Beschwerdeführer stellte sich abends im Notfall des Spitals J. ___ vor (Swica Nr. 8). Durch die erstbehandelnden Ärzte wurde er für drei Tage krankgeschrieben. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wurden zum Beispiel folgende Unfälle als mittelschwer im engeren Sinne angesehen: - Frontalkollision zwischen zwei Personenwagen, wobei die Wucht des Aufpralls die Fahrzeuge ins angrenzende Wiesland schleuderte, - Fahrzeug geriet bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h auf die Gegenfahrbahn, wobei es mit einem ersten Auto zu einer Streifkollision und anschliessend

mit einem weiteren zu einer Frontalkollision kam, Airbag ausgelöst, Fahrzeug ins angrenzende Wiesland geschleudert. (Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2019 vom 21. August 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen und weiteren Beispielen). Im Vergleich mit den genannten Beispielen ist der hier fragliche Unfall als ein mittelschwerer an der Grenze zu den leichten Unfällen anzusehen. Folglich müssen – sofern kein einzelnes davon besonders ausgeprägt ist – vier der sieben einschlägigen Adäquanzkriterien nach der Psycho-Praxis erfüllt sein.

6.3 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit sind vorliegend nicht gegeben. Es handelt sich um einen Verkehrsunfall zwischen zwei Lastwagen aufgrund eines Missachtens des Vortrittsrechts. Es gab auf beiden Seiten keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art. Der Beschwerdeführer begab sich nach dem Unfall nicht in ärztliche Behandlung, ging zunächst wieder arbeiten und stellte sich erst beim Notfall des Spitals J.____ vor, als er tags darauf bei der Arbeit Schmerzen verspürte. Danach folgten bildgebende Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen. Körperliche Dauerschmerzen sind gemäss dem Beschwerdeführer gegeben, allerdings primär psychisch begründet. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Schliesslich kann auch nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und den anhaltenden erheblichen Beschwerden kann für sich allein noch nicht auf dieses Kriterium geschlossen werden, ebenso wenig aus dem Fehlen von Beschwerdefreiheit trotz verschiedener Therapien. Dafür bedürfte es besonderer Gründe, welche die Heilung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_473/2019 vom 11. November 2019 E. 5.6). Bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind nur Zeiten zu berücksichtigen, in denen die Beschwerdeführerin auf Grund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 4.2.7). Der Beschwerdeführer ist vom Hausarzt seit dem 9. Mai 2018 (wieder) zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Swica Nr. 20).

6.4 Dr. med. L.____, der den Beschwerdeführer psychiatrisch behandelt, schreibt in seinem Bericht vom 5. Februar 2020 (Beilage 4 zur Beschwerde), der Unfall vom 22. Januar 2018 sei adäquat kausal zu den psychischen Beschwerden. Es wird darauf hingewiesen, der Verkehrsunfall sei nach dem natürlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet, die heutigen gesundheitlichen Probleme hervorzurufen. Dieser stelle aus Sicht der Behandler die Hauptursache dar für die aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigung. Diese Einschätzung wird nicht weiter begründet oder mit den erhobenen Befunden in Zusammenhang gebracht. Es lässt sich weder diesem Bericht noch den im psychiatrischen Bericht vom 19. Juli 2019 erhobenen Befunden etwas für die oben durchgeführte Adäquanzprüfung gewinnen.

6.5 Zusammengefasst sind von den sieben Adäquanzkriterien allenfalls zwei (körperliche Dauerschmerzen, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) erfüllt. Ein rechtserheblicher adäquater Kausalzusammenhang ist damit nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen zu Recht per 31. August 2018 eingestellt. Die Beschwerde ist damit unbegründet und abzuweisen.

7. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang ist keine Parteientschädigung zu Gunsten des Beschwerdeführers zuzusprechen.

7.2 Das Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

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