

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00268 vom 31. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00268

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00268 du 31 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00268 del 31 agosto 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie laut Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet.

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Bei organisch nachweisbarer Behandlungsbedürftigkeit der Gesundheitsstörung deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche, Kausalität weitgehend mit der natürlichen und die Adäquanz hat gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Insbesondere bei psychogenen Störungen, den typischen Beschwerden nach einem Schleudertrauma der HWS, einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma ist die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung hingegen zu präzisieren (BGE 128 V 172 E. 1c, 118 V 291 E. 2a, mit Hinweisen).

2.3 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung

entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht 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 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2, 8C_354/2007; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, U 355/98, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, U 180/93, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, U 61/91).

Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule (HWS). Ist ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 E. 4b).

2.4 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 181 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a).

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 E. 3b, 122 V 417 E. 2c).

Die Adäquanzprüfung im Hinblick auf die Rentenleistungen hat bei Fallabschluss, das heisst in dem Zeitpunkt stattzufinden, in dem - im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG - von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist. Dieser bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Die zu erwartende Besserung durch weitere Behandlung muss dabei ins Gewicht fallen. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_1045/2010 vom 16. März 2011 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4, ferner, 8C_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 6.2).

Bei der Adäquanzprüfung ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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 und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 73 E. 4a; BGE 117 V 363 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und

Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 E. 1c; vgl. auch 123 V 334 E. 1c).

3. Laut angefochtenem Einspracheentscheid konnte von der im Verfallungszeitpunkt noch laufenden Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden und ist die Adäquanz der weiterhin vorhandenen Folgen des von der SUVA als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Unfällen liegend eingestuften Unfalls bei lediglich zwei erschwerenden Kriterien, erhebliche Beschwerden und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung, zu verneinen, da lediglich das letztgenannte Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt sei.

Mit der Beschwerde wird in erster Linie vorgebracht, der medizinische Endzustand sei im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch nicht erreicht gewesen und diesbezüglich seien ebenso wie zu Art und Ausmass der Beschwerden weitere Abklärungen erforderlich. Bei einer allfälligen Adäquanzbeurteilung sei von mittelschweren Unfällen im eigentlichen Sinn auszugehen, habe doch bei beiden Unfällen die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung mehr als 10 km/Stunde betragen und sei die Heilung der Folgen des ersten Unfalls im Zeitpunkt des zweiten Unfalls, von dem derselbe Körperpart betroffen worden sei, noch nicht abgeschlossen gewesen. Da der Beschwerdeführer aufgrund der beiden Auffahrunfälle nach wie vor in ärztlicher Behandlung stehe, sei nebst den von der SUVA anerkannten Kriterien auch dasjenige der fortgesetzt spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung erfüllt. Je nach Ausgang der medizinischen Abklärungen müsste das Kriterium der Erheblichkeit der Beschwerden als in besonders ausgeprägter Weise erfüllt betrachtet werden (Urk. 1 S. 3 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Gemäss Angaben des Versicherten gegenüber der SUVA am 20. Dezember 2006 waren unmittelbar nach dem Unfall vom 14. Dezember 2006 Beschwerden im Nacken-, Schulter- und Kopfbereich, Verwirrung, Schlafstörungen, Schweißanfälle und ständiges Ohrenpfeifen aufgetreten. Er hatte daher am folgenden Tag seinen Hausarzt, Dr. med. Z. ____, Allgemeine Medizin FMH, konsultiert (Urk. 7/3, 7/44 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Telefonnotizen vom 20. Dezember 2006 und 20. März 2007 sowie Angaben Dr. Z. __s vom 8. Januar sowie 7. und 28. Februar 2007 wurden zur Behandlung zunächst Schmerzmittel eingesetzt und zur Mobilisation Massage und schliesslich auch physikalische Therapie verordnet. Letztere wurde bis im März 2007 weitergeführt. Dr. Z. __ berichtete von einer persistierenden Cervikalgie nach Auffahrkollision, persistierenden Schmerzen und massiven Verspannungen. Nach dem

ersten Auffahrunfall habe sich unter Analgetika und physikalischer Therapie eine leichte Besserung ergeben. Durch den nachfolgenden Auffahrunfall sei die cervikale Symptomatik massivst verstärkt worden (Urk. 7/3, 7/5, 7/12, 7/16, 7/20, 7/44 S. 3).

Das MRT vom 15. Februar 2007 ergab eine leichtgradige Streckhaltung der Halswirbelsäule und eine laterale Diskushernie C5/6 rechts. Es zeigten sich weder Diskopathien noch Nervenwurzelaffektionen noch eine Myelopathie. Hinweise auf ligamentäre Läsionen im Bereich der Halswirbelsäule lagen ebenfalls nicht vor (Urk. 7/13).

Am 20. März 2007 berichtete der Beschwerdeführer der SUVA, wegen der Schmerzen nachts nicht schlafen zu können (Urk. 9/2). Dr. Z. ___ bescheinigte am 26. März 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf unbestimmte Dauer (Urk. 8/71 S. 9/4). Der Beschwerdeführer fühlte am 3. April 2007 Schmerzen am ganzen Rücken, in den Halswirbeln, Halsmuskeln und Schulterblättern, Ohrenpfeifen, Konzentrationsmangel, Vergesslichkeit, Schlafstörungen, Nervosität, Launenhaftigkeit und Gereiztheit, Stimmungsschwankungen, Gleichgewichtsstörungen, Magenschmerzen, Konfusion sowie Angst- und Alpträume an (Urk. 9/69). Am 31. Mai 2007 überwies Dr. Z. ___ den Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine wahrscheinliche Aggravation an Dr. med. A. ___, Allgemeine Medizin FMH, Akupunktur-TCM ASA, zu einer von der Schulthess Klinik vorgeschlagenen Schmerzbehandlung (Urk. 7/28; vgl. auch Bericht vom 19. April 2007, Urk. 7/30).

Diese in der Folge zweimal wöchentlich durchgeführte Akupunkturbehandlung brachte jedoch nach Angaben von Dr. A. ___ vom 2. April 2008 nur vorübergehend eine deutliche Linderung der Beschwerden, zeigte aber keine anhaltende Wirkung (Urk. 7/90). In diesem Sinne äusserte sich auch der Beschwerdeführer anlässlich der Erhebung vom 7. Juni 2007. Nun fühlte er Schmerzen im rechtsseitigen Rippenbereich bei Druck, bei schnellen Körperbewegungen oder längerem Stehen, weiterhin auftretende, mit Unsicherheit verbundene Schwindelbeschwerden, dauernde, in der Intensität schwankende Gefühlsstörungen in der rechten Hand und im rechten Fuss sowie sich jeweils vom Vorderkopf bis in den Hinterkopf/Nacken ausbreitende, pulsierende, etwa zwei- bis dreimal pro Woche auftretende Kopfschmerzen an. Deren Stärke habe sich inzwischen etwas verringert. Die Kopfbeweglichkeit sei mässig eingeschränkt, die dauernden Nackenbeschwerden, die sich bei Kopfbewegungen verstärkten, hätten ebenso wenig gebessert wie die täglichen krampfartigen Bauchschmerzen, das in beiden Ohren etwa gleich starke Ohrenpfeifen oder die bewegungsabhängigen, rechts stärkeren Schmerzen in den Schulterblättern. Die Probleme mit der Konzentration und der Vergesslichkeit seien im Laufe der Zeit grösser geworden (Urk. 7/44 S. 3-4).

Im Bericht vom 5. Dezember 2007 über das in der Rehaklinik Y. ___ am 28. November 2007 erfolgte Assessment wurden als aktuelle Probleme Nackenschmerzen (mittig ausstrahlend in den Kopf Richtung Augen), rechtsseitige Schulterschmerzen mit intermittierend auftretendem Schweregefühl der rechten Hand, ein expliziter Schmerz im Bereich der Halswirbel, beidseitige Ohrgeräusche (in Ruhe verstärkt) und Vergesslichkeit angeführt. Für die Vergesslichkeit habe der Versicherte keine konkreten Beispiele nennen können, da er es sich angewöhnt habe, alles zu notieren. Ferner habe er von ein- bis zweimal pro Wochen auftretenden Schwankschwindelanfällen berichtet. Insgesamt sei der Zustand seit dem Unfall gleich geblieben (Urk. 7/71 S. 1, 5 f.).

Nebst einer HWS-Distorsion aufgrund des Auffahrunfalles vom 14. Dezember 2006 und einem zervikovertebralem Syndrom nach dem Auffahrunfall vom 23. Januar 2007 diagnostizierten die Ärzte der Rehaklinik einen Status nach Kontusion lumbal vom 25. November 2004 bei fortgeschrittener Chondrose L5/S1 mit Nachweis einer minimalen rechts-mediolateralen Diskushernie mit möglicher Irritation der Nervenwurzel S1 rechts (Urk. 7/71 S. 1).

Bei der klinischen Untersuchung in der Rehaklinik Y. ___ ergaben sich folgende von der Norm abweichende Hauptbefunde: ein Kinn-Sternum-Abstand von 6/14 cm, eine rechts zirka einen Drittel, links zirka die Hälfte betragende Rotationseinschränkung der Halswirbelsäule, eine leichte Druckdolenz der paravertebralen Muskulatur und eine mässige Druckdolenz im Bereich der Linea nuchae beziehungsweise des Okziput, ein links leicht höherer Schulterstand, eine aktive Beweglichkeit der rechten Schulter von zirka 130 bis 140°, die sich passiv noch etwas erweitern lasse bis zum Gegenspannen ohne harten Anschlag, eine sehr minimale Beugung in den Hüften bei einem Finger-Boden-Abstand von 60 cm, eine leicht verminderte Sensibilität im gesamten rechten Arm ohne mögliche Dermatombzuordnung sowie eine beidseits stark erniedrigte Handkraft beim gekreuzten Handdruck (Urk. 7/71 S. 6). Anhand der von ihnen angeordneten Testverfahren, einer Schmerz-Selbstbeurteilung, einer Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit, einem physischen Leistungstest, einer Probestrahlung und einem Probetraining beobachteten die Ärzte der Rehaklinik beim Beschwerdeführer eine mässige Symptomausweitung. Die Angaben bei der Schmerzselbstbeurteilung hätten sich nicht als zuverlässig erwiesen, und in den Antworten zum Umgang mit Schmerzen und Rehabilitations- beziehungsweise Eingliederungshindernissen habe sich gesamthaft ein mittelmässiges Ausmass an ungünstigen Überzeugungen und Hindernissen gezeigt. Bei den Probestrahlungen fanden die Ärzte einen guten Zugang; die gesamte Kopfgelenksregion habe eine Bewegungsblockade aufgewiesen und die Bewegung sei mit der mittleren Halswirbelsäule kompensiert worden. Die Weichteilbehandlung des Trapezius descendens beidseits sei gut toleriert worden, nicht jedoch die Trainingsübungen im Problembereich. Das Schmerzverhalten wurde als mittelgradig adäquat und die Leistungsbereitschaft als schlecht eingestuft. Die Belastbarkeit im Problembereich liege unter der beobachtbaren funktionellen Leistungsgrenze und die Tests seien ausgesprochen langsam, im Zeitlupentempo durchgeführt worden. Auch erwiesen sich die gezeigten Einschränkungen nicht durchwegs als konsistent. In Anbetracht der seit dem Unfall bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit hielten die Ärzte der Rehaklinik aktuell eine baldige Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit als Automechaniker nicht für realistisch (Urk. 7/71 S. 1, 3, 5 f.).

Im Übrigen beurteilten die Ärzte der Rehaklinik die Häufigkeit und Dauer der im Februar 2007 aufgenommenen physiotherapeutischen Behandlungen mit zunächst zwei Sitzungen und dann einer Sitzung pro Woche angesichts der aktuellen Einschränkungen als zu gering. Auch den Anteil der aktiven Bewegungstherapie hielten sie für ungenügend. Sie wiesen darauf hin, dass aus medizinisch-diagnostischer Sicht bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine relevante Besserung der Beschwerden und arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen wäre. Allerdings sei mit verbleibenden, sich auf die lumbale Kontusion aus dem Jahr 2004 beziehenden mässigen Einschränkungen zu rechnen. Zu empfehlen sei ab sofort

fehlenden nachhaltigen Wirkung seiner Behandlung im Verlauf der letzten sechs Monate mit Schreiben vom 23. Juli 2008 ab (Urk. 7/102, 7/106).

E. 5

5.1 Aufgrund der medizinischen Akten ist erstellt und wird von der SUVA auch nicht in Frage gestellt, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 14. Dezember 2006 eine HWS-Distorsion erlitten hat und sich unmittelbar danach das nach einem HWS-Schleudertrauma typische Beschwerdebild eingestellt hat. Dieses verstärkte sich durch den zweiten Auffahrunfall vom 24. Januar 2007.

Zu Recht hat die SUVA aufgrund der erlittenen Halswirbelsäulenverletzungen und des damit zunächst weitgehend vereinbaren, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu den beiden Auffahrunfällen stehenden Beschwerdebildes ihre Leistungspflicht anerkannt und Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen ausgerichtet. Strittig und zu präzisieren sind der Zeitpunkt des Fallabschlusses beziehungsweise der weitere Anspruch auf Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen sowie die Adäquanz von nach dem 25. August 2008 allenfalls noch vorhandenen Unfallfolgen.

5.2 Im Zeitpunkt des Fallabschlusses stand gemäss den medizinischen Akten einzig die Weiterführung der Akupunkturbehandlung zur Diskussion, nicht aber eine neurologische oder neuropsychologische Behandlung der vom Beschwerdeführer bei der Abklärung in Y. angeführten, aber nicht näher dargelegten Vergesslichkeit. Die Akupunkturtherapie versprach indes selbst nach Beurteilung des behandelnden Dr. A. und auch des Beschwerdeführers jeweils nur eine vorübergehende Besserung während ein bis zwei Tagen nach den Sitzungen, nicht aber eine anhaltende Besserung. Eine solche hätte laut Assessmentbericht der Rehaklinik Y. höchstens von einer Intensivierung der physikalischen Massnahmen erwartet werden können. Die dortigen Ärzte beurteilten die Erfolgchancen jedoch - offenbar aufgrund der festgestellten Symptomausweitung, des Schmerzverhaltens und der Leistungsbereitschaft - als fraglich. Angesichts der Erfahrungen beim Rehabilitationsaufenthalt im Jahr 2005, der zu keiner Verbesserung, sondern subjektiv sogar zu einer Verschlechterung des damaligen lumbovertebralen Schmerzsyndroms geführt hatte und bei dem Bewegungsängste und Schonung im Sinne einer Symptomausweitung zu Tage getreten waren (Urk. 8/43 S. 1, 7), hielten denn auch sowohl der Kreisarzt wie auch der Hausarzt eine erneute stationäre Rehabilitation beziehungsweise eine Intensivierung der physikalischen Massnahme nicht mehr für indiziert. Insofern erhofften sie sich davon auch keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Soweit in der Beschwerde auf das Coaching bei der C. AG verwiesen wird, das der Haftpflichtversicherer nach der Leistungseinstellung der SUVA im Oktober 2008 veranlasste (Urk. 1 S. 3, Urk. 7/116/2), so mag dies allenfalls die Motivation und Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers verbessern. Doch stellt diese Massnahme den Fallabschluss nicht in Frage. Denn es handelt sich dabei weder um eine ärztliche Behandlung noch um eine Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung. Zu Recht hat die SUVA daher ohne weitere Abklärungen die Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen eingestellt.

Die weiteren Leistungen der SUVA wie Rente und Integritätsentschädigung hängen davon ab, ob die beim Fallabschluss vom 25. August

2008 anhaltenden Beschwerden noch unfallkausal sind.

5.3. Anhaltspunkte dafür, dass den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorhandenen Beschwerden ein organisches Substrat zugrunde liegt, finden sich in den medizinischen Akten nicht. Bezüglich der im MRT dargestellten Diskushernie C5/6 ist darauf hinzuweisen, dass erfahrungsgemäss praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Bundesgerichtsurteil 8C_679/2010 vom 10. November 2010 E. 3.3 mit Hinweisen). Hinweise auf anderweitige somatische Befunde sind nicht vorhanden. Es kann daher ausgeschlossen werden, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen bestanden hatten. Die Leistungspflicht der SUVA hängt daher davon ab, ob sich allfällige natürliche Folgen der beiden Auffahrnfälle als adäquat erweisen.

5.4. Gemäss der von der SUVA veranlassten biomechanischen Kurzbeurteilung vom 21. November 2007 durch Prof. Dr. med. D. ____, Facharzt für Rechtsmedizin, spez. Forensische Biomechanik, und Dr. sc. techn. E. ____, dipl. Ing. ETH, lag die beim Unfall vom 14. Dezember 2006 auf das Fahrzeug des Versicherten einwirkende kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 10 bis 15 km/h (Urk. 7/60 S. 2). Nach dem vom Haftpflichtversicherer eingeholten Gutachten des Unfallanalytikers F. ____, Ing. HTL, vom 20. August 2007 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung beim ersten Unfall zwischen 10,6 und 15,2 km/h, beim zweiten Unfall zwischen 9,6 und 13,4 km/h (Urk. 7/101/2 S. 12, Urk. 7/101/3 S. 12).

Diese Schätzungen legen es nahe, beide Unfälle, die an sich gesondert zu beurteilen sind (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_168/2011 vom 11. Juli 2011 E. 4.2.2), praxisgemäss als mittelschwer, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegend einzustufen (vgl. etwa Bundesgerichtsurteile 8C_685/2010 vom 25. Januar 2011 E. 4, 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 5.1, 8C_580/2010 vom 30. August 2010 E. 5.2.2, je mit Hinweisen). Bei derartigen Unfällen ist die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere dieser Kriterien in gehäuft erfaßt sind. Gehäuft im genannten Sinne liegen die Kriterien bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen vor, wenn deren vier erfaßt sind (Bundesgerichtsurteil 8C_46/2011 vom 18. April 2011, E. 5.1, mit Hinweisen).

5.5. Es steht ausser Frage und es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls, der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, oder des schwierigen Heilungsverlaufs beziehungsweise erheblicher Komplikationen nicht erfüllt wären.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht auf das Kriterium der fortgesetzt spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung geschlossen werden, zumal er nicht dartut und dafür auch keine Anhaltspunkte bestehen, dass die medikamentöse Behandlung, die anfangliche Physiotherapie und die darauffolgende Akupunkturbehandlung belastend waren. Derartige Behandlungen sprechen denn auch praxisgemäss in keiner Weise für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung (vgl. etwa Bundesgerichtsurteile 8C_234/2011 vom 4. Juli 2011 E. 5.2 und 8C_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 8.4).

Soweit SUVA und Beschwerdeführer das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als in ausgeprägter Weise erfüllt betrachten, ist dies nicht nachvollziehbar. Immerhin machte der Beschwerdeführer anlässlich der Erhebung vom 7. Juni 2007 nebst den zervikalen Beschwerden auch seit dem Unfall vom 25. November 2004 bestehende, von der SUVA gemäss rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 14. September 2006 nur bis zum 19. Dezember 2005 als Unfallfolgen anerkannte lumbale Beschwerden für seine Arbeitsunfähigkeit verantwortlich und gab an, wegen dieser Rückenbeschwerden schon vor den Auffahrnfällen vollständig arbeitsunfähig gewesen zu sein (Urk. 7/44 S. 1, 3, 5, Urk. 8/74). Es ist daher fraglich, inwieweit die von Dr. Z. ___ auf unbestimmte Dauer bescheinigte und von den Ärzten der Rehaklinik Y. ___ nicht ausdrücklich in Frage gestellte Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/4, Urk. 7/71 S. 3) überhaupt auf die hier zu beurteilenden Auffahrnfälle zurückgeht. Davon abgesehen scheint das ärztliche Arbeitsunfähigkeitsattest nicht in erster Linie auf objektivierbaren Befunden und Einschränkungen zu beruhen, sondern eher auf der mehrfach zum Ausdruck gebrachten Überzeugung des Beschwerdeführers, vollständig arbeitsunfähig zu sein (vgl. Urk. 7/20, 7/44 S. 3, 5). Dementsprechend hatte Dr. Z. ___ bereits am 31. Mai 2007 eine Aggravation als wahrscheinlich erachtet (Urk. 7/28) und auch bei den in der Rehaklinik Y. ___ am 28. November 2007 durchgeführten Testverfahren zeigten sich ungünstige Überzeugungen, schlechte Leistungsbereitschaft, mittelmässig adäquates Schmerzverhalten und Inkonsistenzen (Urk. 7/71 S. 8). Selbst wenn jedoch von einer erheblichen, auf die Auffahrnfälle zurückgehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könnte, würde es am weiteren Erfordernis der ausgewiesenen Anstrengungen fehlen, um das die langdauernde Arbeitsunfähigkeit betreffende Kriterium überhaupt bejahen zu können. Es ist nämlich nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer je einen ernsthaften Versuch unternommen hat, seine Arbeit als Automechaniker oder eine anderweitige, den Beschwerden allenfalls besser angepasste Tätigkeit wieder aufzunehmen. Der Behandlungsverlauf beziehungsweise die Beurteilung der bisherigen Therapien durch die Ärzte der Rehaklinik Y. ___ belegen zudem das Fehlen jeglichen diesbezüglichen persönlichen Einsatzes des Beschwerdeführers. Auch unter diesem Gesichtspunkt muss daher das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen vollumfänglich verneint werden (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_174/2011 vom 1. Juni 2011 E. 2.4).

Angesichts der vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten, nicht mehr als Unfallfolgen geltenden lumbalen Schmerzen ist zudem fraglich, inwieweit das von der SUVA des weiteren zugestandene Kriterium der erheblichen Beschwerden überhaupt gegeben ist. Diesbezügliche weitere Abklärungen, wie sie mit der Beschwerde verlangt

werden (Urk. 1 S. 4), sind jedoch nicht erforderlich, da sich dieses Kriterium angesichts der in der Rehaklinik festgestellten Symptomausweitung und der Inkonsistenzen von vornherein nicht als besonders ausgeprägt erweist und der Beschwerdeführer für die von ihm noch geltend gemachte, in neuropsychologischer Hinsicht allenfalls bedeutsame Vergesslichkeit keine konkreten Beispiele nennen konnte. Zusammen mit dem allenfalls noch in Betracht fallenden Kriterium der besonderen Art und Schwere der erlittenen Verletzung vermag es die Adäquanz ohnehin nicht zu begründen.

Das letztgenannte Kriterium mag aufgrund der Tatsache, dass die Wirbelsäule des Versicherten kurz vor dem zweiten Unfall bereits von einer versicherten HWS-Distorsion betroffen war, allenfalls erfüllt sein, wobei allerdings fraglich ist, ob überhaupt von einer hinreichend nachgewiesenen dauerhaften Vorschädigung der Halswirbelsäule ausgegangen werden kann, wie dies praxisgemäss verlangt wird (vgl. Bundesgerichtsurteile 8C_680/2010 vom 4. Februar 2011 E. 5.3.1 und 8C_684/2009 vom 23. April 2010 E. 4.3). Jedenfalls erweist sich das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung allein aufgrund der allfälligen Vorschädigung nicht als besonders ausgeprägt, zumal weder die Diagnose einer HWS-Distorsion als solche noch eine degenerative Vorschädigung wie die im MRT dargestellte Diskushernie C5/6 zu dessen Bejahung führen kann (vgl. Bundesgerichtsurteile 8C_82/2011 vom 9. Juni 2011 E. 8.3 und 8C_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 5.2.1, je mit Hinweisen).

Im Ergebnis hat die SUVA demnach die Adäquanz allfälliger unfallbedingter Beschwerden zu Recht verneint. Die angefochtene Leistungseinstellung ist daher auch unter diesem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Guy Reich
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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