

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00215 vom 11. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00215

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00215 du 11 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00215 del 11 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1968 geborene X.____ war ab dem 1. Februar 2007 als Maler bei Y.____ vollzeitlich angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 12. September 2013 meldete der Arbeitgeber der Suva, der Versicherte habe am 6. September 2013 einen Unfall erlitten und sich dabei an der Wirbelsäule verletzt (Schadenmeldung, Urk. 7/1). Mit Schadenmeldung vom 24. September 2013 informierte auch die Z.____, bei welcher der Versicherte ab dem 6. August 2012 mit einem Beschäftigungsgrad von 25 % als Unterhaltsreinigungsmitarbeiter angestellt war, die Suva über denselben Unfall (Urk. 7/15). Im Rapport der Kantonspolizei Zürich vom 16. Oktober 2013 wurde festgehalten, am 6. September 2013 um circa 11.31 Uhr sei ein Honda Civic auf das Heck des vom Versicherten gelenkten Opel Vectras aufgefahren. Der Honda Civic sei mit einer Geschwindigkeit von 30-40 Kilometern pro Stunde (km/h) unterwegs gewesen und dessen Lenker habe eine Vollbremsung eingeleitet. Trotzdem sei es zur Kollision mit dem Fahrzeug des Versicherten gekommen (Urk. 7/35). Gemäss Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 6. September 2013 des A.____ erlitt der Versicherte ein Schleudertrauma Grad III (vorläufige Diagnose) bei Fehlen einer frischen ossären Läsion (Urk. 7/20). Am 9. Oktober 2013 hielt Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Chirurgie, in einer Stellungnahme fest, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes auszugehen. Es sei ein ambulantes Assessment zu prüfen (Urk. 7/24). Die Suva kam für die Heilkosten auf und erbrachte Taggeldleistungen (Urk. 7/38). Sie zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/65/1-80) sowie des Hausarztes (Urk. 7/66/1-27 und Urk. 7/67/1-100) bei. Am 14. Dezember 2013 wurde im Auftrag der Suva ein ambulantes Assessment in der C.____ durchgeführt, deren Bericht am 15. Januar 2014 erstattet wurde (Urk. 7/73). Der von der Motorfahrzeughaftpflichtversicherung des Unfallverursachers beauftragte technische Sachverständige gab in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 20. Januar 2014 an, die Kollisionsbeziehungsweise Differenzgeschwindigkeit des Honda Civic habe circa 15-20 km/h und die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des Opel Vectra circa 9-13 km/h betragen (Urk. 7/79 S. 3-4). Am 21. Februar 2014 fand eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten statt (vgl. den Bericht vom 21. Februar 2014 [Urk. 7/91]). Nach der Untersuchung meldete sich der Versicherte telefonisch bei der Suva und gab an, vor circa fünf Wochen beim Aussteigen aus der Badewanne wegen Schwindels gestolpert zu sein und sich den Kopf an der Türkante gestossen zu haben, was er vergessen habe, dem Kreisarzt zu berichten (Urk. 7/89). Daraufhin erfolgte eine Abklärung des geklagten Schwindels, nach welcher Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und

Traumatologie des Bewegungsapparates, am 15. Juli 2014 zum Schluss gelangte, diese zeige keine organische Schädigung des Vestibularorgans, womit sich die Beschwerden nicht kausal verknüpft mit dem Unfall vom 6. September 2013 erklären liessen (Urk. 7/122). Am 25. Januar 2015 erstattete sodann der seit dem 28. Juli 2014 behandelnde Psychiater einen Bericht (Urk. 7/153). Mit Verfügung vom 29. Januar 2015 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2015 ein (Urk. 7/156). Am 4. Februar 2015 meldete sich der Versicherte telefonisch bei der Suva und gab an, im Dezember in der Badewanne wegen Schwindel erneut gestürzt zu sein. Er habe sich drei Zähne abgebrochen und zwei Rippen gebrochen (Urk. 7/158). Am 26. Februar 2015 erhob der Versicherte Einsprache gegen die Einstellungsverfügung vom 29. Januar 2015 (Urk. 7/164 S. 1-6). Die IV-Stelle, bei welcher sich der Versicherte zum Leistungsbezug angemeldet hatte, veranlasste am 31. Juli 2015 eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (Urk. 7/178). Am 21. August 2015 teilte die Suva dem Versicherten mit, die Einstellungsverfügung vom 29. Januar 2015 werde zurückgezogen und die Leistungen würden weiterhin erbracht (Urk. 7/179, vgl. auch Urk. 7/182). Am 26. November 2015 verfügte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. November 2015 (Urk. 7/192). Dagegen erhob der Versicherte am 21. Dezember 2015 wiederum Einsprache (Urk. 7/197) und reichte das von der IV-Stelle veranlasste polydisziplinäre Gutachten der E.____ vom 16. November 2015 (Urk. 7/197 S. 17-78) zu den Akten. Darin wurde dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert (Urk. 7/197 S. 37). Am 8. Juni 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass ihm Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde (Urk. 7/207 S. 2-3). Mit Entscheid vom 19. August 2016 wies die Suva die Einsprache des Versicherten vom 21. Dezember 2015 ab (Urk. 2 [= Urk. 7/208]).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich am 6. September 2013 sowie im Januar und Dezember 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3.1

Die Leistungspflicht eines 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 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 un mittelbare 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem

Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.3.3

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

E. 1.3.4

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise 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 359 E. 4b).

E. 1.4.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4.3

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 Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt

worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es 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 einzu beziehen 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; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht 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; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 1.5

Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche die Suva im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus, dass die Anstalt, solange sie in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die von der Suva beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Gutachten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. September 2016 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung, insbesondere die Taggeldleistungen, seien weiterhin auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). In der Replik vom 24. November 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 9), woraufhin die Beschwerdegegnerin am 22. Dezember 2016 auf eine einlässliche Duplik

verzichtete und an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde festhielt (Urk. 13). Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. Januar 2017 angezeigt (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen der Folgen der Unfälle vom 6. September 2013

sowie vom Januar und Dezember 2014 über den 30. November 2015 hinaus Taggeldleistungen und Behandlungskosten oder andere Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen hat beziehungsweise ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit den Unfallereignissen stehen.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. August 2016 im Wesentlichen fest, aufgrund des Gutachtens des E. ___ vom 16. November 2015 und des kreisärztlichen Untersuchungsberichts von Dr. D. ___ vom 21. Februar 2014 könne geschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer

aufgrund des Unfalles vom 6. September 2013 keine objektiv vierbaren, somatischen Unfallfolgen struktureller Art bestünden. Im Weiteren sei in Bezug auf den Unfall vom 6. September 2013 nicht von einer besonderen Schwere mit einer Kraftereinwirkung auf die Wirbelsäule auszugehen, die geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen. Da bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch nach einem Jahr davon auszugehen sei, die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung des Vorzustandes habe sich auf jenen Zustand zurückgebildet, der sich aufgrund des schicksalsmässigen Verlaufs des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte, sei nicht zu beanstanden, wenn der Fallabschluss per 30. November 2015 vorgenommen worden sei (Urk. 2 S. 9). Auch sei das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen, da das Unfallereignis vom 6. September 2013 als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten einzustufen sei und keines der erforderlichen Kriterien der Schleudertrauma-Praxis als erfüllt betrachtet werden könne (Urk. 2 S. 11 ff.).

E. 2.3

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 19. September 2016 (Urk. 1) vor, das auffahrende Auto sei mit rund 40 km/h ungebremst auf sein Fahrzeug aufgefahren. Das Delta-v dürfte deutlich höher gelegen haben als im Gutachten errechnet (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerden an der Halswirbelsäule und an der Schulter sowie die Schwindelbeschwerden seien durch den Unfall verursacht worden (Urk. 1 S. 3 f.). Im Gutachten des E. ___ werde davon ausgegangen, die Nackenbeschwerden mit Beteiligung der linken Schulter seien auf die Auffahrkollision zurückzuführen, die tieflumbalen Beschwerden hätten schon vorher bestanden (Urk. 1 S. 4). Die lumbale Problematik sei durch das Unfallereignis jedoch richtunggebend verschlimmert worden (Urk. 1 S. 5). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Einschränkungen in seiner angestammten Tätigkeit als Maler zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 6).

E. 2.4

In der Replik vom 24. November 2016 führte der Beschwerdeführer aus, ein Kausalzusammenhang mit den Schulterbeschwerden könne nicht deshalb verneint werden, weil die Beschwerden erst drei Monate nach dem Unfall erwähnt worden seien (Urk. 9).

E. 3.1

Im Austrittsbericht des A.____ vom 27. September 2013 über die Erstbehandlung mit Hospitalisation vom 6. bis 7. September 2013 wurde die Diagnose Lumbale Schmerzen und Halswirbelsäulen(HWS)-Schmerzen bei Status nach Verkehrsunfall am 6. September 2013 gestellt. Als Nebendiagnose wurde eine Diskushernie L4/L5 bei intermittierenden Parästhesien im linken Fuss genannt (Urk. 7/19 S. 1). Sodann wurde festgehalten, computertomographisch hätten frische Frakturen sowie eine intrazerebrale Blutung ausgeschlossen werden können (vgl. Urk. 7/21 und auch Urk. 7/59). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 6. September 2013 wurde als vorläufige Diagnose ein Beschleunigungstrauma Grad III gestellt (Urk. 7/20 S. 3) und ausgeführt, nach dem Unfall habe der Beschwerdeführer über Nackenschmerzen und über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie in den Oberschenkeln beidseits geklagt, sämtliche anderen erfragten Beschwerden seien hingegen verneint worden (Urk. 7/20 S. 2). Der Beschwerdeführer sei zu keiner Zeit bewusstlos gewesen (Urk. 7/20 S. 1) bei einem GCS-Score von 15 (Urk. 7/20 S. 3).

E. 3.2

Im Bericht des F.____ vom 9. Dezember 2013 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (Urk. 7/72 S. 1): - Chronischer Spannungskopfschmerz, Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz - Chronifiziertes Zervikalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 6. 9.2013 mit/bei: - klinisch und bildgebend kein Anhalt für Affektion neuraler Strukturen - vorbestehende leichte bis mässige degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit angeborener funktioneller Ankylose C6/C7 - Verdacht auf muskuläre Komponente - Chronische Lumboischialgie rechts mit/bei: - mediolateraler Diskushernie LWK 4/5 mit Reizung L5 links Die Ärzte führten sodann zusammengefasst aus, die beklagten Beschwerden könnten einerseits in das chronische Kopfschmerzsyndrom, andererseits als chronifizierte Zervikalgie und Lumboischialgie unterteilt werden. Im Hinblick auf das Unfallereignis vom

E. 3.3

Im Bericht vom 15. Januar 2014 über das ambulante Assessment in der C.____ vom 14. Dezember 2013 wurde im Wesentlichen festgehalten, es habe nur ein ungenügender Zugang für aktive Therapiemassnahmen gefunden werden können. Der Beschwerdeführer habe eine eher schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt. Die minimale Performance sei gerade so erreicht worden. Anhand der Abklärungsergebnisse komme eine stationäre Rehabilitation nicht in Betracht.

Der grösste Stellenwert sei einem Schmerzmittel-Entzug vorbehalten. Zusätzlich zur körperbezogenen Behandlung sei eine psychosomatisch-orientierte Behandlung sinnvoll (Urk. 7/73 S. 4).

E. 3.4

Im Bericht vom 21. Februar 2014 über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung führte Dr. D.____ aus, der Beschwerdeführer beklage Kopf- und Nackenschmerzen sowie ein Ohrenpfeifen und Schwindel. Daneben habe er

Schulter Schmerzen links, dies habe keinen Zusammenhang mit dem Unfall, es sei eine chronische Entzündung gemäss Angabe der Ärzte. Er habe sodann auch Fersenschmerzen (Urk. 7/91 S. 3). In der zusammenfassenden Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, als Vorzustand bestünden langjährige Rückenprobleme; eine Diskushernie lumbal mit linksseitigen Ischialgien sei seit Jahren bekannt und der Beschwerdeführer

sei während Auftretens dieser Probleme auch vor dem Unfall arbeitsunfähig gewesen. Daneben habe man bereits 2011 als Vorzustand in einem anderen Schaden degenerative Veränderungen C4/5 und eine funktionelle angeborene oder früherworbene Ankylose von C6/7 festgestellt. Bei der fachärztlich-neurologischen Untersuchung im aktuellen Schadenfall seien weder Schwindel noch Tinnitus angegeben worden, die allgemeine neurologische Untersuchung habe auch keine Hinweise auf das Vorliegen diesbezüglicher organischer Schädigungen ergeben. Klinisch objektivierbar sei eine diskrete Schwäche der Muskulierung am linken Bein bei Vorzustand einer Diskushernie mit linksseitiger Ischialgie. Bezüglich Unfallfolgen werde vom Beschwerdeführer eine Druckschmerzhaftigkeit über den Processi spinosi der unteren HWS angegeben, sogar die Palpation mit einem weichen Papierbausch sei schmerzhaft. Im Übrigen finde sich ein erhebliches Schmerzverhalten mit auch histrionischen Zügen. Es sei beispielsweise nicht erklärbar, dass der Beschwerdeführer zwar normal im Stuhl sitzen könne und auch die Socken links mit normaler Hüftflexion ausziehe, dann aber bei der Untersuchung im Liegen eine Hüftflexion nur bis 50° zulasse bei im Übrigen auch normaler Flexion der Hüfte im Langsitz, wo eine normale Entfaltung der Wirbelsäule zur Darstellung komme. Auch die bei der rein aktiven Untersuchung der HWS stark eingeschränkte HWS-Beweglichkeit könne

nicht bewertet werden, denn während der übrigen Untersuchung sei eine normale Mitbewegung des Kopfs zu beobachten gewesen, der Beschwerdeführer habe beispielsweise in Bauchlage den Kopf problemlos auf der Wange ablegen können mit einer Rotation deutlich besser als während der aktiven Untersuchung. Zusätzlich sei anzumerken, dass auch bei der initialen Untersuchung in A.____ eine normale HWS-Beweglichkeit beschrieben worden sei.

Bereits aufgrund dieses initialen Befunds

sei eine Verletzung der HWS äusserst unwahrscheinlich. Aus medizinischer Sicht könne eine organische Ursache von Schwindel und Tinnitus heute bereits ausgeschlossen werden, es handle sich hier um Symptomausweitungen, die erst im weiteren Verlauf nach dem milden Heckauffahrunfall angegeben worden seien. Die bisherige Dokumentation lasse eine organische strukturelle Schädigung durch das Unfallereignis ausschliessen. Die heute andauernden Beschwerden mit eher einer Zunahme seit dem Unfall trotz multimodaler, korrekter Behandlung würden ausschliessen, dass erfolgversprechende Therapieoptionen bestünden. Die heute erhobenen Befunde seien entweder unspezifisch oder erheblich histrionisch geprägt, ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis sei rein spekulativ (Urk. 7/91 S. 7 f.).

E. 3.5

Im Bericht des G.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, vom 16. Juni 2014 wurde als Verdachtsdiagnose eine vestibuläre Migräne seit dem Auffahrunfall vom 6. September 2013 aufgeführt bei der Differentialdiagnose einer zervikogenen Genese. In der Beurteilung wurde festgehalten, die

apparative Untersuchung zeige eine normale peripher vestibuläre Funktion (Urk. 7/121).

E. 3.6

Kreisarzt Dr. D.____ gelangte in seiner Stellungnahme am 15. Juli 2014 zum Schluss, die Schwindelabklärung zeige keine organische Schädigung des Vestibularorgans, womit sich die Beschwerden nicht kausal verknüpft mit dem Unfall vom 6. September 2013 erklären liessen (Urk. 7/122).

E. 3.7

Im Bericht des G.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie vom 17. Juli 2014 wurde der Schwindel seit dem Autounfall vom 6. September 2013 als unklar bezeichnet. Differentialdiagnostisch sei am ehesten an eine zervikale Genese zu denken. Eine vestibuläre Migräne sei eher unwahrscheinlich (Urk. 7/124 S. 2-3; vgl. auch Urk. 7/131 S. 2 und Urk. 7/136 S. 1).

E. 3.8

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 25. Januar 2015 die Diagnose Anpassungsstörung im Sinne einer länger dauernden Gefühlsbeeinträchtigung und Verdacht auf Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.21) und hielt fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, vor allem körperliche Beschwerden zu haben und kaum psychische. Die Ehefrau habe aber von einer Abkapselung berichtet. Der Beschwerdeführer gehe beispielsweise am Nachmittag weg und niemand wisse, wohin. Er sei auch auf dem Natel nicht erreichbar und kehre erst spät in der Nacht zurück, sodass sie den Eindruck habe, er könnte eine Freundin haben. Dr. H.____ resümierte schliesslich, zu einer Depression wolle dieses Verhalten nicht so richtig passen, dafür seien zu viel Aktivität und Emotionalität beteiligt. Es könne auch sein, dass der Beschwerdeführer die Beschwerden zum Anlass nehme, sich dahinter zu verschanzen und so zu seiner Ruhe zu kommen, dies im Sinne eines „sekundären Krankheitsgewinns“. Es gehe letztlich um die Unterscheidung, ob der Beschwerdeführer nicht wolle oder nicht könne oder beides. Dies könne im ambulanten Rahmen aber kaum beurteilt werden, insbesondere bei so niedriger Sitzungsfrequenz und ohne Therapieauftrag (Urk. 7/153 S. 1-2).

E. 3.9

Im vom Beschwerdeführer mit Einsprache vom 26. Februar 2015 (Urk. 7/164 S. 1-6) eingereichtem Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 22. September 2014 (Urk. 7/164 S. 10-11) wurde neu die Diagnose einer Frozen Shoulder links (retraktile Kapsulitis) gestellt. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers hätten seit Herbst 2013 links seitige Schulterschmerzen bestanden. Eine Sonographie der linken Schulter habe Anfang 2014 im A.____ stattgefunden, wobei man anamnestisch eine chronische Entzündung gesehen habe. Zu einer Unfallkausalität äusserte sich Dr. I.____ nicht.

E. 3.10

Im Bericht der J.____ vom 31. März 2015 über den radiologischen Untersuchung des Rippen thorax (CT) vom 30. März 2015 wurde festgehalten, es sei keine Rippenfraktur, insbesondere keine Fraktur im Bereich der 8. Rippe rechts sichtbar (Urk. 7/169).

E. 3.11

Das Gutachten des E. ___ vom 16. November 2015, welches im Auftrag der Invalidenversicherung erstellt wurde, basiert auf neurologischen, orthopädisch-traumatologischen, internistischen und psychiatrischen Untersuchungen (Urk. 7/197 S. 17 beziehungsweise S. 1 des Gutachtens). Als Diagnosen aus allen Fachgebieten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (Urk. 7/197 S. 36 beziehungsweise S. 20 des Gutachtens): - Lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/ bei - mässiger eingeschränkter Beweglichkeit und Minderbelastbarkeit - im MRI Bestätigung der in 08/2

E. 6

September 2013 sei die Lumboischialgie

vorbestehend gewesen und die Kopfschmerzen sowie die Zervikalgien hätten sich in einem engen, zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis entwickelt. Die cerebrale Bildgebung zeige keine Pathologie und insbesondere keine Hinweise auf ein Liquorunterdrucksyndrom. Bei täglich hochdosiertem Analgetika Konsum sei von einer beträchtlichen medikamenteninduzierten Komponente auszugehen. In Bezug auf die Zervikalgie imponiere der Beschwerdeführer mit einer prominenten, fast bizarr anmutenden antalgischen Kopfhaltung. In der

klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine mögliche Radikulopathie und/oder

Wurzeldehnungszeichen gefunden. Die Schmerzen würden nuchal beziehungsweise in der Schulterregion begrenzt angegeben ohne radikuläre Ausstrahlung. In der zervikalen Bildgebung finden sich keine Hinweise für posttraumatische Veränderungen, insbesondere keine Hinweise auf eine Rissbildung im Bereich des Ligamentum nuchae oder auf einen Muskelfaserriss im Bereich der autochthonen Muskulatur. Die Ligamentalläsionen seien intakt. Es finden sich leichte bis mässige degenerative Veränderungen im Sinne von Osteochondrose, Uncovertebral- und Spondylarthrose in den Segmenten C3 bis C6 ohne relevante Discopathie und ohne Affektion der neuralen Strukturen. Im Segment C6/C7 habe sich eine vermutlich angeborene funktionelle Ankylose mit rudimentärer Bandscheibe und hypoplastischen Facettengelenken gezeigt. Dieser Befund könne die Beschwerden des Beschwerdeführers nur teilweise erklären. Die angeborene funktionelle Ankylose bewirke eine gewisse Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und könne eine vorzeitige Degeneration der vorgeschalteten Anschlusssegmente verursachen. Eine Exazerbation der degenerativen Beschwerden durch das Trauma sei nicht auszuschliessen. Das Ausmass der beklagten Schmerzen sowie die extreme antalgische Kopfhaltung könnten durch diese Befunde allerdings nicht erklärt werden. Es werde vermutet, dass die dysfunktionelle Kopfhaltung zu einer erheblichen muskulären Komponente des Schmerzsyndroms führen könne, welche die vorbestehenden Zervikalgien im Rahmen der degenerativen Veränderungen verstärke. Seitens der Lumboischialgie in Folge der bekannten Diskushernie LWK 4/5 mit L5 Reizung rechts finden sich in der klinischen Untersuchung aktuell keine Anhaltspunkte für ein radikuläres Ausfallsyndrom oder radikuläre Reizung. Das chronifizierte zervikozephalische Syndrom beinhalte sowohl organisch bedingte als auch funktionelle Anteile. Letztere seien unbedingt im Rahmen der geplanten Rehabilitationsbehandlung anzugehen, wobei der grösste Stellenwert einem Schmerzmittelentzug vorbehalten sei (Urk. 7/72 S. 4).

E. 009

diagnostizierten lumbalen Diskushernie L4/5, darüber hinaus Discopathien L3/4 und L4/5 ohne Zeichen einer Hernierung - orthopädisch-neurologisch keine assoziierte lumboverbrale Nervenwurzel-Kompressionssymptomatik - Chronische Arthralgie der linken Schulter mit bei - endphasige Bewegungsschmerz - im aktuellen MRI bestätigter Supraspinatustendinopathie, Bursitis subdeltoidea, AC-Gelenkarthrose Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 7/197 S. 36 beziehungsweise S. 20 des Gutachtens): - Kopfweh vom Spannungstyp - degeneratives cervicoverbrales Syndrom mit bei - weitgehend uneingeschränkter, nur endphasig konzentrischer Schmerzhafter HWS-Funktion - im aktuellen Röntgenbefund beschriebene lebensalterassozierte degenerative Veränderungen - Übergewicht BMI 29.1 kg/m² - Verdacht auf Herpes Zoster D8 rechts - Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer leide seit Jahren an muskuloskelettalen Beschwerden, erstmals aktenkundig 2008. Mehrmals seien bildgebende Verfahren durchgeführt worden, welche das Beschwerdebild nicht eindeutig hätten erklären können. Infiltrationen im lumbalen Bereich hätten ein kontroverses Resultat ergeben, ein chirurgisches Vorgehen sei deshalb abgelehnt worden. Nach einem Heck-Auffahrunfall mit HWS-Distorsion im Jahre 2013 seien vermehrt Nackenschmerzen hinzu gekommen nebst einer Exacerbation der Lumbalgien. Strukturelle Verletzungen aufgrund dieses Unfallereignisses hätten sich nicht nachweisen lassen und somit stünden die heutigen Beschwerden auch nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit mit der HWS-Distorsion im Zusammenhang. Radikulopathien hätten weder lumbal noch zervikal festgestellt werden können. Generell hätten sich zu keinem Zeitpunkt zentrale oder periphere neurologische Ausfälle objektivieren lassen. Ein chronisches Kopfweh vom Spannungstyp sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Orthopäde habe bei seinen Untersuchungen im Rahmen dieses Gutachtens eine mässig reduzierte eingeschränkte Beweglichkeit der LWS und des Rumpfes festgestellt, die statische Belastbarkeit der LWS sei deutlich dezimiert und korreliere mit den kürzlich durchgeführten MRI-Untersuchungen der LWS. Die vom Beschwerdeführer als schmerzhaft erwähnte linke Schulter sei klinisch nur endphasig schmerzhaft eingeschränkt, im aktuellen Arthro-MRI finde sich eine Supraspinatustendinopathie mit partieller Rupturierung sowie eine Bursitis subdeltoidea und eine mässig ausgeprägte AC-Gelenkarthrose. Die internistische Vorgeschichte und die Untersuchungsbefunde seien unauffällig. Der Psychiater habe eine unauffällige Grundstruktur des Beschwerdeführers gefunden, es hätten sich keine prämorbidem Persönlichkeitsmerkmale und auch keine psychodynamischen Zusammenhänge gezeigt, welche die Entwicklung einer somatoformen Störung begünstigen würden. Aus psychiatrischer Sicht habe sich eine Anpassungsstörung entwickelt, die von einer Ängstlichkeit getriggert worden sei. Eine Depression habe der Beschwerdeführer nicht entwickelt. Aus neurologischer, psychiatrischer und internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nach Einschätzung des Orthopäden sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsmaler aufgehoben. Leidensadaptierte Tätigkeiten seien jedoch auf einem 80%-Niveau möglich entsprechend dem folgenden Belastungsprofil: Aus orthopädischer Sicht seien wechselbelastende leichte Tätigkeiten möglich, keine rückenbelastenden Arbeiten in Zwangshaltungen wie vorübergebeugt stehend, kniend, hockend, kauend. Mit der linken Schulter seien keine Tätigkeiten über Schulterhöhe möglich. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei beidhändig mit 10 kg und links einarmig schultergelenkbedingt mit 3 kg limitiert (Urk. 7/197 S. 37 beziehungsweise S. 21 des Gutachtens). 4. 4.1

4.1.1

Angesichts der vorliegenden ärztlichen Berichte ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 30. November 2015 abschloss, was im Folgenden darzulegen ist. 4.1.2

Entgegen der beschwerdeweise vorgebrachten Behauptung, der Honda Civic sei mit einer Geschwindigkeit von rund 40 km/h ungebremst in das Fahrzeug des Beschwerdeführers geprallt (Urk. 1 S. 2; vgl. auch Urk. 9 S. 2), sind eine Kollisionsgeschwindigkeit von 15-20 km/h und eine Geschwindigkeitsänderung (Delta-V) von 9-13 km/h, weitgehend in Fahrtrichtung, ausgewiesen (vgl. die gutachterliche Stellungnahme zur Unfallanalytik vom 20. Januar 2014 [Urk. 7/79 S. 3-4]). Diese Unfallanalyse deckt sich auch mit den Schilderungen des Unfallgegners gegenüber der Polizei, er sei mit einer Geschwindigkeit von circa 30-40 km/h unterwegs gewesen. Als er bemerkt habe, dass das Fahrzeug des Beschwerdeführers vor ihm angehalten habe, sei er voll auf die Bremse getreten, dies etwa in einem Abstand von fünf Metern zum Fahrzeug des Beschwerdeführers. Das Antiblockiersystem sei ausgelöst worden. Trotz Vollbremsung sei es aber zur Kollision gekommen (Polizeirapport vom 16. Oktober 2013 [Urk. 7/35 S. 5 f.]). Das Fahrzeug des Beschwerdeführers, ein Opel Vectra, wurde denn auch nicht stark beschädigt. Es kam zu Beschädigungen an der Heckstossstange (Urk. 7/35 S. 5). Gemäss unfallanalytischem Gutachten waren der hintere Stossfänger mit Träger und diversen Anbauteilen zu erneuern. Ausserdem war der Endschalldämpfer instand zu setzen (Urk. 7/79 S. 4). Weshalb vor diesem Hintergrund den fachmännischen Erkenntnissen eines technischen Sachverständigen weniger Glauben geschenkt werden soll als der schlichten Behauptung des Beschwerdeführers, das hintere Fahrzeug sei mit rund 40 km/h ungebremst in sein Fahrzeug geprallt, ist nicht nachvollziehbar. 4.1.3

Dass die Beschwerdegegnerin annahm, in Bezug auf den Unfall vom 6. September 2013 sei nicht von einer besonderen Schwere mit einer Kräfteinwirkung auf die Wirbelsäule auszugehen, die geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, ist somit nicht zu beanstanden. Es kann auf die ausführlichen und zutreffenden Erwägungen der Beschwerdegegnerin sowie die korrekte Wiedergabe der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verwiesen werden (Urk. 2 S. 6-9). Hinsichtlich der Nackenbeschwerden sowie der lumbalen Beschwerden – soweit deren Ausmass überhaupt erklärbar ist (vgl. E. 3.2 und E. 3.4) – ist damit bei Fehlen struktureller Läsionen aufgrund des Unfalls vom 6. September 2013 vom Erreichen des status quo sine vel ante spätestens ein Jahr nach dem Unfall, das heisst im September 2014, auszugehen. 4.1.4

Die Ätiologie des unsystematischen Schwindels blieb sodann unklar und die Kopfschmerzen wurden am ehesten muskulären Verspannungen zugeschrieben. Es ist deshalb nicht von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Unfallereignis auszugehen (E. 3.5-3.7, vgl. auch die Ausführungen des begutachtenden Neurologen im Gutachten des E. ___ [Urk. 7/197 S. 44-48 beziehungsweise S. 28-32 des Gutachtens]). 4.1.5

Die Beschwerden in der linken Schulter führte der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Februar 2014 nicht auf den Unfall vom 6. September 2013 zurück; es sei eine chronische Entzündung gemäss Angabe der Ärzte (E. 3.4). Weshalb er beschwerdeweise dann doch davon ausging, die Beschwerden der linken Schulter seien dem Unfall geschuldet, lässt sich nicht nachvollziehen. Dass im Gutachten

des E.____ die Nackenbeschwerden mit Beteiligung der linken Schulter auf die Auffahrkollision des Jahres 2013 zurückgeführt würden (vgl. das Vorbringen des Beschwerdeführers in Urk. 1 S. 4), trifft nicht zu. Bei der in der Beschwerde zitierten Textstelle aus dem Gutachten handelt es sich nicht um ärztliche Feststellungen, sondern um die eigenen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (Titel „2.1 Subjektive Angaben der versicherten Person“ [Urk. 7/197 S. 51 beziehungsweise S. 35 des Gutachtens]). Nachdem es bei der Kollision vom 6. September 2013 zu keiner Kontusion der Schulter gekommen war (vgl. Urk. 7/19 f. und Urk. 7/27 S. 2), erscheint ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 6. September 2013 höchst unwahrscheinlich. Eine posttraumatische Schultersteife setzt immer ein auslösendes Ereignis in zeitlich fassbarem Zusammenhang voraus. An einem solchen Ereignis (Trauma der Schulter) fehlt es aber gerade. Ausserdem berichtete der Beschwerdeführer erst drei Monate nach dem Unfall von Schulterbeschwerden (E. 3.2), bis dahin wurden keine Schulterbeschwerden angegeben (Erstkonsultation [Urk. 7/19 f.], Auskunft vom 3./4. Oktober 2013 [Urk. 7/25 und Urk. 7/27 S. 3]), vom 11. Oktober 2013 [Urk. 7/28], vom 4. November 2013 [Urk. 7/31]). Die physiotherapeutischen Sitzungen beinhalteten jedenfalls bis am 22. November 2013 auch keine Behandlungen von Schulterbeschwerden (Urk. 7/57) . 4.1.6

Nach dem Gesagten liegt den bei Fallabschluss noch geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat mehr zugrunde. Dies gilt sowohl in Bezug auf den Unfall vom 6. September 2013 als auch in Bezug auf die beiden Unfälle vom Januar 2014 (Urk. 7/89) und Dezember 2014 (Urk. 7/158). Beim Unfall im Januar 2014 erlitt der Beschwerdeführer lediglich eine blutende Wunde am Kopf, welche aber folgenlos wieder abheilte (Urk. 7/89). Dieser Unfall bot

jedoch Anlass für die in der Folge getätigten Schwindelabklärungen, welche in der vorliegenden Beurteilung berücksichtigt wurden (E. 4.1.4). Beim Unfall im Dezember 2014 soll sich der Beschwerdeführer sodann angeblich drei Zähne abgebrochen und zwei Rippen gebrochen haben. Einer Zahnbehandlung hat sich der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben in Serbien unterzogen, über welche keine Unterlagen vorliegen (Urk. 7/158). In der Untersuchung an der J.____ konnte jedenfalls keine Rippenfraktur festgestellt werden (E. 3.10).

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die im Gutachten des E.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Maler und die Einschränkung von 20 % in einer angepassten Tätigkeit den degenerativen Veränderungen zuzuschreiben sind und keinem der vorgenannten Unfälle. 4.1.7

Ob die geklagten, keinem organischen Befund zuzuordnenden Beschwerden natürlich unfallkausal sind, kann im Übrigen offen bleiben, da die Adäquanz zu verneinen ist (vgl. E. 4.2). 4.2.4.2.1

Mit dem Fallabschluss ist die Adäquanz zu prüfen. Ob die Adäquanzprüfung nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann offenbleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer Praxis – wie im folgenden zu zeigen ist – zur Verneinung der Adäquanz führt. 4.2.2

Die Unfallschwere des Ereignisses vom 6. September 2013 ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfall geschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die – ein eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzog, aber auch für – unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende – äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zog (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]; Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2008 vom 11. Februar 2009 E. 3.2.1). Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsge-mäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert. Dies gilt namentlich für Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_575/2011 vom 6. März 2012 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Eine Geschwindigkeitsänderung von 10-15 km/h gilt bei Auffahrkollisionen als sog. Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden. Beim Unfall vom 6. September 2013 lagen beim Heckaufprall des Honda Civic auf das stehende Fahrzeug des Beschwerdeführers (Opel Vectra) eine relative Kollisionsgeschwindigkeit von circa 15-20 km/h und eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des Opel Vectra von circa 9-13 km/h vor (Urk. 7/79/3-4). Mit Blick auf das Delta-v von lediglich 9-13 km/h ist der Unfall vom 6. September 2013 somit als leichter Unfall zu qualifizieren. Demgemäss ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung in der Regel ohne Weiteres zu verneinen (E. 1.4.3). Zu diesem Schluss gelangte sinngemäss auch der begutachtende Orthopäde im Gutachten des E.____, welcher festhielt, aufgrund des Unfallmechanismus und des im Bagatellbereich liegenden Delta-V sowie der unfallzeitpunktnahen unauffälligen MRI-Abklärung der HWS sei von einem stattgehabten minderschweren HWS-Bagatellunfall maximal im Bereich eines Schleudertraumas Grad II auszugehen (Urk. 7/197 S. 55 beziehungsweise S. 39 des Gutachtens). 4.2.3

Selbst wenn aber mit der Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen wird, ist der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen .

Die adäquate Unfallkausalität des Gesundheitsschadens kann diesfalls nur bejaht werden, wenn vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 134 V 109 E. 10.3). Der zu beurteilende Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Der Unfall hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas, eines leichten Schädelhirntraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Bedeutsam können auch erhebliche Verletzungen sein, welche sich die versicherte Person beim Unfall neben

dem Schleudertrauma zugezogen hat. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung betrifft in erster Linie aber die erfahrungsgemässe Eignung, eine intensive, dem typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata entsprechende Symptomatik zu bewirken. Allgemeiner Erfahrung entspricht, dass pathologische Zustände nach Verletzungen der Halswirbelsäule bei erneuter Traumatisierung stark exazerbieren können. Eine Distorsion einer bereits durch einen früheren Unfall vorgeschädigten Halswirbelsäule ist daher grundsätzlich geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2008 vom 16. Februar 2009 E. 4.4). Eine entsprechende Qualifikation der erlittenen Verletzung rechtfertigt sich indes nur bei Vorliegen einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 4.3.2, 8C_226/2009 vom 6. November 2009 E. 5.3.2, 8C_759/2007 vom 14. August 2008 E. 5.3 und 8C_61/2008 vom 10. Juli 2008 E. 7.3.2). Eine erhebliche Vorschädigung der HWS ist nicht dokumentiert. Es fanden sich auch nach dem Unfall vom 6. September 2013 nur leichte bis mässige degenerative Veränderungen im Sinne von Osteochondrose, Uncovertebral- und Spondylarthrose in den Segmenten C3 bis C6 ohne relevante Discopathie und ohne Affektion der neuralen Strukturen. Im Segment C6/C7 habe sich eine vermutlich angeborene funktionelle Ankylose mit rudimentärer Bandscheibe und hypoplastischen Facettengelenken gezeigt (E. 3.2). Im Gutachten des E.____ wurde sodann festgehalten, Radikulopathien hätten zu keiner Zeit weder lumbal noch zervikal festgestellt werden können (Urk. 7/197 S. 37 beziehungsweise S. 21 des Gutachtens). Damit ist das Kriterium der Schwere und besonderen Art der Verletzung zu verneinen. Ebenso wenig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma resp. des leichten Schädel-Hirntraumas typischen Beschwerden vor; adäquanzrelevante können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich die Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_768/2007 vom 4. August 2008 E. 4.2). Bereits die Ärzte des F.____ konnten in ihrem Bericht vom 9. Dezember 2013 die Beschwerden nur teilweise erklären. Sie hielten fest, dass das Ausmass der beklagten Schmerzen sowie die extreme antalgische Kopfhaltung könnten durch diese Befunde nicht erklärt werden. Es werde vermutet, dass die dysfunktionelle Kopfhaltung zu einer erheblichen muskulären Komponente des Schmerzsyndroms führen könne, welche die vorbestehenden Zervikalgien im Rahmen der degenerativen Veränderungen verstärke (E. 3.2). Der Kreisarzt gelangte nach seiner Untersuchung ebenfalls zum Schluss, die von ihm erhobenen Befunde seien entweder unspezifisch oder erheblich hysterionisch geprägt (E. 3.4). Sodann blieb die Ätiologie des unsystematischen Schwindels unklar und die Kopfschmerzen wurden am ehesten muskulären Verspannungen zugeschrieben (E. 4.1.4). Generell beschränkte sich die Behandlung in der Folge im Wesentlichen auf Physiotherapie sowie eine Schmerzmedikation (inkl. Infiltrationen [vgl. Urk. 7/197 S. 45 beziehungsweise S. 29 des Gutachtens und Urk. 7/197 S. 48 beziehungsweise S. 32 des Gutachtens]). Der begutachtende Neurologe betonte schliesslich auch, es sei auffällig, dass der Beschwerdeführer immer wieder eine andere von Beschwerden betroffene Körperregion in den Vordergrund gestellt habe (Urk. 7/197 S. 44 beziehungsweise S. 28 des Gutachtens). Damit ist weder das Kriterium der erheblichen Beschwerden noch dasjenige der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_638/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 4.2.3 mit Hinweis). Schliesslich

sind auch die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen sowie der erheblichen (unfallbedingten) Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt. 4.3

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin für die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mangels Kausalzusammenhangs mit den vorliegenden Unfallereignissen

vom 6. September 2013 sowie vom Januar und Dezember 2014 nicht über den 30. November 2015 hinaus Taggeldleistungen oder andere Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

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