

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00093**

## **vom 27. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00093](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00093)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00093 du 27 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00093 del 27 giugno 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1972 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit dem 9. Dezember 2002 als Fachmitarbeiter Maschinen und Anlagen bei der Y.\_\_\_\_ und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 30. Januar 2016 erlitt der Versicherte als angurgelter Fahrzeuglenker auf der Autobahn A53 eine seitliche Frontalkollision, als er auf dem Überholstreifen in Richtung Autobahnausfahrt fuhr und ein auf der Normalfahrbahn fahrender Fahrzeuglenker unverhofft auf die linke Fahrspur wechselte (vgl. Schadenmeldung vom 3. Februar 2016, Urk. 7/1; Polizeirapport vom 14. Februar 2016, Urk. 7/26/2-12). Wegen Schmerzen

im Nacken sowie in der Lendenwirbelsäule (LWS), welche einige Stunden nach dem Unfall einsetzten resp. stärker wurden (Urk. 7/81/1, vgl. Urk. 40/6), konsultierte der Versicherte am 1. Februar 2016 seine Hausärztin Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, welche ihn selbentags notfallmässig ins A.\_\_\_\_ überwies. Die dort erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten eine Halswirbelsäulen (HWS) - Distorsion

und verordneten eine Analgesie sowie intensive Physiotherapie (Austrittsbericht des A.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2016, Urk. 7/22). Klinisch radiologisch ergab sich am 1. Februar 2016 kein Anhalt für eine Läsion oder Fraktur im Bereich der Thorax, HWS oder LWS (Urk. 7/14, 7/22). Seit dem 30. Januar 2016 wurde dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/11, Urk. 7/62/3, Urk. 7/83). Die Suva anerkannte den Schaden und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/4 ff.). Die zufolge der beklagten Verlangsamung sowie Schlafstörungen am 17. Februar 2016 in der B.\_\_\_\_ durchgeführten MRI-Untersuchungen des Gehirns sowie der HWS ergaben einen altersentsprechenden intrakraniellen Befund, ohne Traumafolgen oder Diskopathien im Bereich des 5. und 6. Halswirbelkörpers (HWK 5/6, vgl. Bericht vom 18. Februar 2016, Urk. 7/23). Dem Verlaufsbericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 21. März 2016 ist zu entnehmen, die Hals-, Nacken- und Rückenschmerzen hätten sich unter Analgesie, Entlastung und Physiotherapie inzwischen zwar deutlich gebessert. Demgegenüber sei der Versicherte durch die psychische Belastung mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Flashbacks subjektiv sehr beeinträchtigt (Urk. 7/24). Die seit dem 9. März 2016 behandelnde Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 24. April 2016 eine Traumafolgestörung (ICD-10: F43.1, Urk. 7/34). Am 21. Juli 2017 nahm Prof. Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eine kreisärztliche Untersuchung vor (vgl. Untersuchungsbericht vom 21. Juli 2017, Urk. 7/72/1-6). Zuzolge anhaltenden lumbalen Schmerzen sowie Immobilität wurde am 3. August 2016 ein MRI der LWS in der B.\_\_\_\_ durchgeführt. Diese brachte eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links zur

Darstellung (Urk. 7/82). Am 19. August 2016 wurde der Versicherte neurologisch abgeklärt (vgl. Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 29. August 2016, Urk. 7/81). Selbentags nahm Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine konsiliarpsychiatrische Untersuchung vor (vgl. Untersuchungsbericht vom 5. September, Urk. 7/85/1-21). Per 5. September 2016 nahm der Versicherte seine bisherige Tätigkeit stufenweise im Sinne einer Frühinterventionsmassnahme (in Form von Support am Arbeitsplatz) im parallel geführten IV-Verfahren wieder auf (vgl. Urk. 7/87/1, Urk. 7/92/2 f., vgl. auch Verlaufsprotokoll der IV-Stelle, Urk. 11/3). Am 6. September 2016 kam Kreisärztin Dr. med. G. \_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, gestützt auf die medizinische Aktenlage zum Schluss, aus somatischer Sicht bestünden keine strukturellen objektivierbaren Unfallfolgen (Urk. 17). Mit Verfügung vom 10. Oktober 2016 verneinte die Suva einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis und den gegenwärtig noch geklagten Beschwerden und stellt die Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2016 ein (Urk. 7/95/4 f.). Die dagegen am

14. Dezember 2016

erhobene Einsprache (Urk. 7/105), wies die Suva im Einspracheentscheid vom 17. März 2017 ab (Urk. 2).

### **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). Dem entsprechend 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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 30. Januar 2016 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 nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.3**

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung (IV) über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 Urteil vom 16.

Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_588/2013 vom 16.

Januar 2014 E. 3.5).

### **E. 1.4**

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 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 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 blosser 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. 1.5.1**

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. 1.5.2**

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. 1.5.3**

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

#### **E. 1.5.4**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf –

folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

#### **E. 1.5.5**

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen mass gebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

#### **E. 1.5.6**

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

#### **E. 1.5.7**

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die

Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicher Weise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

### **E. 1.5.8**

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

### **E. 1.6**

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.7**

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 Beweismwürdigung 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 X.\_\_\_\_ am 24. April 2017 Beschwerde und beantragte, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch nach dem 31. Oktober 2016 die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere Taggeld und Heilbehandlung. Nach Erreichen eines stabilen Zustandes seien die Rente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 31. Mai 2017 wurde

ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 8). Mit Replik vom 1. September 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen in der Beschwerde fest (Urk. 10). Zudem legte er Beilagen auf (Urk. 11/1-3). Duplicando hielt die Beschwerdegegnerin am 9. Oktober 2017 daran fest, es sei die Beschwerde abzuweisen (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer am 10. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen, es bestünden aus somatischer Sicht keine objektivierbaren Beschwerden. Nach der Rechtsprechung seien traumatische Verschlimmerungen eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Schliesslich verneinte die Beschwerdegegnerin nach der von der Rechtsprechung gebildeten sog. «Psycho-Praxis» (BGE 115 V 133; E. 1.4.7) einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Beschwerden (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die persistierenden Beschwerden seien Folgen des Unfalls (Urk. 2 S. 3). In seiner Replik führte er ergänzend aus, im Zeitpunkt des Fallabschlusses seien die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der IV noch nicht abgeschlossen gewesen. Zudem habe sich frühestens im April 2017 eine namhafte und wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes eingestellt. Die Adäquanzprüfung sei daher zu früh erfolgt und die zu früh eingestellten Taggelder und Heilungskosten seien noch geschuldet. Sodann bestünden gestützt auf das von Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, mit Bericht vom 21. November 2016 festgehaltene persistierende lumbospondylogene Syndrom links mit lumboradikulärer Reizkomponente L5/S1 links objektivierbare Unfallfolgen. Die traumatische Verschlimmerung sei daher auch nicht nach neun Monaten abgeheilt gewesen (Urk. 10 S. 5 ff.). Sodann sei die Adäquanzprüfung nach Massgabe der Schleudertrauma-Praxis vorzunehmen und gestützt darauf die Adäquanz zu bejahen (Urk. 10 S. 7 ff.). Angesichts der ab April 2017 bestehenden 20%igen Arbeitsunfähigkeit sei dem Beschwerdeführer eine Rente zuzusprechen, bei deren Berechnung die ihm ab März 2016 in Aussicht gestellte Beförderung zu berücksichtigen sei (Urk. 10 S. 12). Schliesslich sei dem Beschwerdeführer vor dem Hintergrund seiner erheblichen Rücken schmerzen eine Integritätsentschädigung zuzusprechen (Urk. 10 S. 13).

### **E. 2.3**

Duplicando brachte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen vor, die nach Fallabschluss persistierenden Rückenschmerzen, welche den IV-rechtlichen Eingliederungsmassnahmen zugrunde gelegen hätten, seien nicht unfallbedingt. Damit seien die Leistungen nicht verfrüht eingestellt worden (Urk. 14 S. 3). Weiter hielt sie daran fest, dass mangels apparativen/bildgebenden Nachweisen keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen bestünden und dass eine allfällige unfallbedingte Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes rechtsprechungsgemäss im Zeitpunkt des Fallabschlusses abgeheilt sei (Urk. 14 S. 4). Im Kontext der Adäquanzprüfung sei – entgegen dem Beschwerdeführer –

objektiv weder von einem schweren Unfall noch von dramatischen Begleitumständen auszugehen (Urk. 14 S. 5).

### **E. 3.1**

Im Austrittsbericht vom 2. Februar 2016 betreffend die notfallmässige Hospitalisation vom 1. bis 2. Februar 2016 diagnostizierten die beurteilenden Ärzte des A.\_\_\_\_ eine HWS-Distorsion nach Verkehrsunfall am 30. Januar 2016 (Urk. 7/22). Die radiologische Untersuchung der Thorax, HWS und LWS ergab keinen Hinweis auf Frakturen oder ossäre Läsionen (Urk. 7/14). Auch die Abdomensonographie brachte weder Organläsionen noch freie Flüssigkeiten zur Darstellung (Urk. 7/13).

Am 2. Februar 2016 konnte der Beschwerdeführer im gebesserten Allgemeinzustand entlassen werden und es wurde ein intensives physiotherapeutisches Training sowie Einstellung der Analgesie verordnet (Urk. 7/22).

### **E. 3.2**

Mit Verlaufsbericht vom 21. März 2016 hielt Dr. Z.\_\_\_\_ (1) eine HWS-Distorsion, (2) eine BWS- und LWS-Kontusion sowie (3) eine posttraumatische Belastungsstörung fest. Die initial stärksten Hals- und Nackenschmerzen sowie lumbalen Rückenschmerzen hätten sich unter Analgesie, Entlastung und Physiotherapie deutlich gebessert. Subjektiv sei der Beschwerdeführer psychisch jedoch sehr belastet zufolge Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Flash-backs. Vorläufig bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/24).

### **E. 3.3**

Zur weiteren Abklärung wurde am 17. Februar 2016 in der B.\_\_\_\_ eine MRI – Untersuchung des Gehirns sowie der HWS durchgeführt. Der beurteilende Neuroradiologe hielt fest, der intrakranielle Befund sei altersentsprechend, insbesondere ohne Traumafolgen. Im Bereich der HWS zeigten sich rechts mediolaterale flache Bandscheibenabsackungen, dadurch komme es bei den Halswirbelkörpern (HWK) 5/6 zu einer leichten bis mittelgradigen C6-Wurzelkompression rechts. Links zeige sich eine nur leichte C6-Wurzelkompression durch ein etwas engeres Neuroforamen der HWK 5/6 (Urk. 7/23).

### **E. 3.4**

Mit Bericht vom 24. April 2016 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine Traumafolgestörung (ICD-10: F43.1). Der Beschwerdeführer sei körperlich und im Denken erheblich verlangsamt und nehme kaum Augenkontakt auf. Es bestehe kein Redefluss und er gebe einsilbige Antworten. Ferner beklage der Beschwerdeführer Schlafstörungen (insgesamt zwei Stunden Schlaf pro Nacht), Alpträume, Nervosität, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Grübeln, Müdigkeit sowie einen verminderten Antrieb. Ausserdem habe er Angst, aus dem Haus zu gehen, sowie panische Angst als Fussgänger und Beifahrer. Er habe sich sozial zurückgezogen. Der Beschwerdeführer werde psychotherapeutisch (im zweiwöchigen Rhythmus) sowie psychopharmakotherapeutisch (Cipralex / Trittico / Temesta) behandelt. Erste Erfolge seien sichtbar (Urk. 7/34).

### **E. 3.5**

Am 10. Mai 2016 wurde in der I.\_\_\_\_ ein ambulantes Assessment durchgeführt. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt mit Bericht vom 13. Mai 2016 folgende

Hauptdiagnosen fest (Urk. 7/40/1): - HWS-Distorsion - BWS- und LWS-Kontusion - Posttraumatische Belastungsstörung - Hypercholesterinämie. Aktuell bestünden im Wesentlichen spontane bewegungs- und belastungsverstärkte Rückenschmerzen, Durchschlafstörungen wegen Alpträumen und Flashbacks, kognitive Probleme, eine subjektiv empfundene «extreme» Müdigkeit sowie psychische Probleme. Die Nackenbeschwerden seien regredient (Urk. 7/40/2, Urk. 7/40/6). Der Beschwerdeführer bezeichne sich seit dem Unfall als depressiv, innerlich angespannt, nervös und ungeduldig. Auch habe er sich nach eigenen Angaben sozial zurückgezogen und leide er seit dem Unfall an Flashbacks sowie an Alpträumen (Urk. 7/40/3). Im Rahmen der klinischen Untersuchung stellte Dr. J. \_\_\_ im Bereich der HWS, BWS und LWS Bewegungseinschränkungen sowie muskuläre Druckschmerzen sowie Druck- und Klopfdolenz im zervikothorakalen Bereich fest. Der Beinhebetest Lasègue sei beidseits unauffällig mit Angabe von ischiocruralen Schmerzen ab 70° beidseits. Der erweiterte Neurostatus habe sich als unauffällig erwiesen. Bei der Prüfung des Beckens notierte Dr. J. \_\_\_ Druckdolenz beim Iliosakralgelenk

(Urk. 7/40/8 f.). Anlässlich der physischen Leistungstests habe sich der Beschwerdeführer bei den Hebetests und beim Gangtest unter Angabe von Schmerzen in der LWS und in der Beckenregion selbst limitiert, bevor eine beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht worden sei. Während der gesamten Testung sei ein verlangsamtes Verhalten zu beobachten gewesen. Gleichzeitig wurde das Schmerzverhalten des Beschwerdeführers als adäquat bewertet und eine Symptomausweitung verneint (Urk. 7/40/9 ff.). Neben physiotherapeutischen Massnahmen zur Verbesserung der Muskelfunktion sowie Wirbel- und Beckenstabilisierung sowie medizinischer Trainingstherapie zur allgemeinen Rekonditionierung empfahl Dr. J. \_\_\_ eine Intensivierung der ambulanten psychologisch-psychosomatischen Behandlung mit Fokus auf Schmerzverhalten, Motivationstraining und Erarbeiten einer Tagesstruktur. So stehe die depressive Verstimmung im Vordergrund (Urk. 7/40/1-11).

### **E. 3.6**

Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 21. Juli 2016 diagnostizierte Dr. D. \_\_\_ einen Zustand nach HWS-Distorsion vom 30. Januar 2016. Der Beschwerdeführer habe berichtet, vorwiegend Schmerzen in der LWS und weniger der HWS zu haben. Die Schmerzen der LWS strahlten in den Bauch ein, die HWS-Beschwerden seien derzeit nur gering ausgeprägt. Er führe dreimal pro Woche eine physiotherapeutische Behandlung durch und nehme täglich 3x1 Dafalgan ein sowie Ibuprofen bedarfsweise. Ausserdem leide der Beschwerdeführer an erheblichen Schlafstörungen (Urk. 7/72/4 f.). Im Rahmen seiner Befundung stellte Dr. D. \_\_\_ im Wesentlichen eine flache Lordose der LWS, eine leicht vermehrte Kyphose der BWS sowie Druckschmerzen im Bereich der Spina dorsalis superior / posterior beiderseits fest. Entlang der thorakalen und lumbalen Segmente sei kein Fazettendruckschmerz auslösbar. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ bei gleichzeitiger Pseudolasègue beidseits. In neurologischer Hinsicht bestehe keine Sensibilitätsstörung der oberen und unteren Extremitäten. Klinisch seien weder an der HWS, BWS noch LWS Bewegungseinschränkungen nachweisbar. Auch zeigten sich keine radikulären oder neurologischen Defizite. Demgegenüber habe sich der Beschwerdeführer psychisch auffällig gezeigt im allgemeinen Umgang und auch hinsichtlich seiner Bewegungsfähigkeit. Aufgrund der auffälligen psychischen Situation sowie zur weiteren somatischen Abklärung sei eine neurologische Untersuchung zu veranlassen (Urk. 7/72/4

f.).

### **E. 3.7**

Mit neurologischem Untersuchungsbericht vom 29. August 2016 hielt Dr. E.\_\_\_\_ einen Status nach HWS-Distorsion und möglicher LWS-Kontusion am 30. Januar 2016, ohne Hinweise auf posttraumatische Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems, fest. Die HWS-Beweglichkeit sei leicht vermindert und die LWS-Beweglichkeit deutlich reduziert. Sodann bestünden diffuse Klopff- und Druckdolenz über der gesamten LWS. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ. Die Glutealmuskulatur sei beidseits deutlich druckdolent und es bestehe ein mässiger paralumbaler Hartspann.

Die in den MRI (vom 17. Februar 2016 und 3. August 2016, Urk. 7/23, Urk. 7/82) sichtbaren Diskopathien C5/6 rechts und L5/S1 links seien geringgradiger Natur und zeigten kein klinisches Korrelat in Form einer Wurzelirritation C6 rechts oder S1 links. Klinisch imponiere ein myofasziales Syndrom der Nackenmuskulatur sowie der paralumbalen und der Glutealmuskulatur beidseits. Ursache für die Persistenz dieser Schmerzen sei wohl die im Gefolge des Verkehrsunfalls entstandene psychiatrische Symptomatik (Urk. 7/81).

### **E. 3.8**

Im konsiliarpsychiatrischen Untersuchungsbericht vom 5. September 2016 diagnostizierte Dr. K.\_\_\_\_ (1) eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3), (2) eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10: F43.1) und (3) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.1, Urk. 7/85/17). Die Frage nach früheren, psychisch belastenden Ereignissen habe der Beschwerdeführer (Sri Lankischer Herkunft) verneint. In einem Nebensatz habe er später erwähnt, er sei „für einen Monat abgeholt“ worden. Auf gezieltes Nachfragen habe der Beschwerdeführer schliesslich mitgeteilt, er sei mit rund 18 Jahren von der Polizei abgeholt und einen Monat inhaftiert worden. Die Polizei habe ihn verdächtigt, Mitglied der Rebellenorganisation „Tamil Tigers“ zu sein (wobei er nie Kontakt mit dieser und deren Anhängern gehabt habe). Um ihm Informationen zu entlocken,

sei er zwei Tage lang verhört worden. Wegen seines jungen Alters (möglicherweise auch, weil er - zu Recht - als sensibler, mitfühlender Mensch eingestuft worden sei) seien ältere Mitgefangene in seiner Gegenwart mit Gewehren und Holzstöcken verprügelt worden, um ihn zur Preisgabe von Informationen zu zwingen. Dies sei ihm nicht möglich gewesen, weil er keine derartigen Informationen gehabt habe. Nach zwei Tagen sei er bewusstlos und deshalb in ein Spital verlegt worden. Von dort habe er mit Unterstützung seiner Familie entweichen können. Wegen dieser Bedrohung sei er illegal via Colombo in die Schweiz geflüchtet, wo er sich gut sozialisiert habe (Urk. 7/85/13). Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer dieses stark belastende Erlebnis nie in sein Leben integriert habe. Der Vorfall sei aus objektiver Sicht als schwerwiegend zu bezeichnen. Im Widerspruch dazu habe der Beschwerdeführer indes betont, wegen seines jungen Alters keine Angst gehabt zu haben und dass dieses Ereignis auf einer Skala von 1 bis 100 den Stellenwert 1 habe. Aus psychiatrischer Sicht bedeute dies, dass der Beschwerdeführer diese traumatisierende Erfahrung in seinem Erleben abgespalten und nicht in sein Leben integriert (Urk. 7/85/18). Gefragt nach seinen Beschwerden habe der Beschwerdeführer berichtet, nervös zu sein und unter Schlafstörungen sowie Albträumen zu leiden. Er sei sehr oft traurig, seine Frau sei traurig und die Kinder seien traurig. Die Beschwerden im Nacken

seien um rund 80 % zurückgegangen und nur noch ganz leicht (Urk. 7/85/11). Im Rahmen seiner Befundung notierte Dr. K. \_\_\_\_, in inhaltlicher Hinsicht dominieren typisch depressive Inhalte. Der Beschwerdeführer leide unter der Überzeugung, dass er sein Leben wegen des Unfalls „verloren“ habe, was er in verschiedenen Zusammenhängen mehrmals geäußert habe. Er leide unter dem Eindruck, dass er auch seine Frau „verloren“ haben könnte. Diese Vorstellungen beruhen direkt auf dem depressiven Erleben. Sie entsprechen zumindest teilweise nicht der Realität und seien

nicht korrigierbar. Deshalb seien diese Vorstellungen des Beschwerdeführers als zumindest grenzwertig wahnhaft zu beurteilen. Die Grundstimmung sei stark bedrückt, geprägt von Niedergeschlagenheit, Resignation, Hoffnungs-, Hilfs- und Ratlosigkeit. Die affektive Modulationsfähigkeit sei stark vermindert und die affektive Zugänglichkeit sei trotz entsprechender Bemühungen des Beschwerdeführers deutlich eingeschränkt durch die depressive Symptomatik. Auch seien die Vitalgefühle stark gestört („ich habe mein Leben verloren, dieses ist kaputt“), bei stark verminderter Fähigkeit zum Empfinden von Freude, Lust und persönlichen Interessen. Weiterbestünden deutliche Gefühle der Minderwertigkeit sowie starke Ein- und Durchschlafstörungen zufolge Nervosität, Alpträumen und Grübelns. Die Alpträume seien jede Nacht anders, würden aber vor allem von Unfällen handeln, meistens anlässlich von Besuchen von Verwandten. Der Antrieb sei bei ausgeprägten Schlafstörungen und innerlicher Unruhe

deutlich vermindert. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer leicht bis teilweise mittelgradig verlangsamt. Er habe mit leiser, kaum modulierter Stimme gesprochen und wenig Mimik und Gestik gezeigt. Die gepflegten, privaten sozialen Kontakte gingen zurzeit praktisch ausschliesslich von den Bezugspersonen aus und dienten vor allem der Unterstützung des Beschwerdeführers. Es bestünden

anhaltende innerliche Unruhe, Schreckhaftigkeit und Hyperarousal, intrusive Erinnerungen (der Beschwerdeführer versuche, möglichst nicht mehr an den Unfall zu denken, was ihm mehrmals pro Tag nicht gelinge), Flashbacks (sowohl spontan als auch ausgelöst durch Fragen von Kontaktpersonen nach dem Unfall; er sehe jeweils Bilder des Unfalls vor sich). Sodann habe der Beschwerdeführer Angst vor dem Autofahren, mit entsprechendem Vermeidungsverhalten. Auch habe er Angst unter vielen Menschen und bei Lärm (beispielsweise im Schwimmbad, weshalb ihn seine Familie dorthin begleiten müsse). Schliesslich leide er glaubhaft weiterhin unter stark einschränkenden, tief lumbal lokalisierten Schmerzen. Im Gegensatz zu den im Bereich der HWS lokalisierten Beschwerden seien diese durch den Verkehrsunfall nicht erklärbar und hätten sie sich im bisherigen Verlauf nicht verringert. Diese seien vor allem stichartig, oft blockierend, und stark abhängig von somatischen Belastungen. Diese Aspekte seien eher ungewöhnlich bei einer somatoformen Schmerzstörung. Allerdings leidet der Versicherte glaubhaft unter diesen starken Schmerzen, welche ihn erheblich einschränkten und aus somatischer Sicht nicht erklärbar seien. Deshalb sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu stellen (Urk. 7/85/12 f., 17). Dr. K. \_\_\_\_, kam zum Schluss, die Traumatisierung mit 18 oder 19 Jahren zeige gewisse Ähnlichkeiten mit dem Verkehrsunfall. In beiden Fällen sei dem Beschwerdeführer Unrecht getan worden und seien andere körperlicher Gefahr ausgesetzt respektive körperlich bedroht und geschädigt worden, wobei letzteres jeweils in einem direkten Zusammenhang mit

dem Beschwerdeführer selbst gestanden habe (im ersten Fall seien Mithäftlinge geschlagen, um ihn zum Reden zu bringen; im zweiten Fall hätten sich seine Frau und seine drei Kinder im Auto befunden, wobei er im weitesten Sinn als Fahrer die Verantwortung für diese getragen habe). In beiden Fällen sei der Beschwerdeführer in zentraler Weise in das Ereignis involviert gewesen, jeweils in einer sehr hilflosen, ohnmächtigen Weise. Sequentielle Traumatisierungen wirken umso stärker, je mehr Ähnlichkeiten diese untereinander aufweisen würden. Anders ausgedrückt: Bezogen auf die Auswirkungen ergebe dann 1 plus 1 nicht 2, sondern 7 oder 12. Aus diesen Gründen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der an und für sich nicht schwere Verkehrsunfall am 30. Januar 2016 wegen der schweren Traumatisierung mit 18 oder 19 Jahren ein sequentielles Trauma darstelle, was zu einer schweren psychischen Dekompensation geführt habe.

Die vorliegende, dissoziative Psychodynamik komme auch in Charakter und Verlauf der Schmerzen zum Ausdruck. Die Beschwerden im Bereich von HWS und Nacken, welche sich grundsätzlich wesentlich besser in einen direkten Zusammenhang mit der beim Unfall erlittenen HWS-Distorsion stellen ließen als die lumbal lokalisierten Schmerzen, seien im Verlauf deutlich zurückgegangen und belasteten den Beschwerdeführer kaum mehr. Hingegen hätten

sich die lumbal lokalisierten Schmerzen, welche sehr wahrscheinlich eine wesentlich stärkere dissoziative Komponente aufweisen würden als die im Bereich der HWS, im Verlauf gar nicht gebessert (Urk. 7/85/18 f.). Eine natürliche Teilkausalität der festgestellten psychiatrischen Leiden zum Unfall vom 30. Januar 2016 sei aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Der Beschwerdeführer sei seit dem Unfallereignis aus psychiatrischer Sicht bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig

(Urk. 7/18/20).

### **E. 3.9**

In dem mit Einsprache eingereichten Bericht vom 21. November 2016 kam Dr. H. \_\_\_ zum Schluss, es bestehe ein kohärentes Bild eines lumboradikulären Reizsyndroms mit klarer Extensionsabhängigkeit gepaart mit ausgeprägten myofaszialen Befunden im Sinne von Triggerpunkten in der Hüftbeugemuskulatur, im Musculus

quadratus

lumborum sowie in der Glutealmuskulatur. Anamnestisch bestehe ein zentraler Dauerschmerz und ein ebenfalls konstant vorhandener Schmerz im Gesäß rechts mit Ausstrahlung entlang dem lateralen Oberschenkel bis auf Kniehöhe. Beide Schmerzanteile bestünden schon frühmorgens beim Aufstehen und verstärkten sich nach stehender Arbeit über aktuell drei Stunden. Zudem seien die Schmerzen deutlich stärker bei Husten. Als Befunde notierte Dr. H. \_\_\_ im Wesentlichen eine steif imponierende Halteposition in Vorneigstellung. Bei der Dorsalflexion bestehe eine ausgeprägte Schmerzverstärkung lumbal sowie im Bein. In der Hüftbeugemuskulatur bestünden ausgeprägte muskuläre Verspannungen und Triggerpunkte. Das Lasègue-Zeichen sei negativ und es bestehe kein sicherer Slump-Test. Die klinischen Befunde und Provokationsmöglichkeiten sprächen weit überwiegend für einen mechanischen Zusammenhang mit extensionsabhängiger Verschlechterung und extensionsabhängiger Unterhaltung der Symptomatik und gegen die in den Akten formulierte Hypothese der psychosomatischen Schmerzursache und

Entwicklung. Die angefangene myofasziale Behandlung habe nach Angaben des Beschwerdeführers bereits eine Schmerzreduktion um 30 % erwirkt und es bestehe weiterhin ein relevantes Behandlungspotenzial, welches bis dato nicht gezielt ausgeschöpft worden sei (Urk. 7/105/6 ff.).

### **E. 3.10**

Mit dem im Einspracheverfahren eingereichten Verlaufsbericht vom 13. Dezember 2016 diagnostizierte Dr. C. \_\_\_ eine Traumafolgestörung : Posttraumatische Belastungsstörung, mittel- bis schwergradige depressive Episode in Teilremission und somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 43.1, F 32.2, F 45.1, Urk. 7/105/12). Dem Unfall vom 30. Januar 2016 seien eine verzögerte somatische Rehabilitation und psychische Dekompensation gefolgt. Diese sei sehr ausgeprägt gewesen und hätten zu einem protrahierten, aktuell jedoch deutlich günstigeren Verlauf geführt. Die Ausprägung des protrahierten Verlaufs könne ein Hinweis auf eine sequenzielle Traumatisierung sein, sehr wahrscheinlich mitbedingt durch das Ausmass des drohenden Verlustes (Verlust Arbeitsfähigkeit und damit des in der Schweiz aufgebauten Lebens, Urk. 7/105/13).

### **E. 4.1**

Zu prüfen ist zunächst, ob organisch objektiv ausgewiesene somatische Unfallfolgen vorliegen. Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich unter Hinweis auf den mit Einsprache eingereichten Bericht von Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 21. November 2016 auf den Standpunkt, er leide an einem ausgeprägten Schmerzbestehen lumbal und im Bein bei Dorsalflexion sowie an ausgeprägten muskulären Verspannungen und Triggerpunkten in der Hüftbeugemuskulatur, vor allem im Musculus

iliacus links, im Musculus quadratus lumborum links sowie in den Glutaei linksbetont (Urk. 10 S. 5 ff.)

### **E. 4.3.1**

Aufgrund der vorliegenden Akten erstellt und unbestritten ist, dass betreffend die initialen HWS-Beschwerden im Beurteilungszeitpunkt keine relevanten Residuen mehr bestanden (vgl. Urk. 7/24, Urk. 7/40/2,

Urk. 7/72/4, Urk. 7/81 /1 ; Urk. 7/85/11).

### **E. 4.3.2**

Betreffend die beklagte persistierende lumbosakrale Beschwerdesymptomatik wurde der Beschwerdeführer wiederholt klinisch untersucht (Urk. 7/40, Urk. 7/72 und Urk. 7/81). Ausserdem wurden unmittelbar nach dem Unfall Röntgenaufnahmen der HWS und LWS erstellt (Urk. 7/14) und am 17. Februar 2016 resp. 3. August 2016 MRI-Untersuchungen der HWS und LWS durchgeführt (Urk. 7/23, Urk. 7/82). Die beurteilenden somatischen Fachärzte konnten die Beschwerdesymptomatik weder aufgrund der klinischen noch apparativen/bildgebenden Abklärungen auf eine beim genannten Unfall erlittene organische

Gesundheits schädigung zurückführen. Dr. E.\_\_\_\_ explizit hielt fest, die bildgebend festgestellten Diskopathien bei C5/6 und L5/S1 seien geringgradiger Natur und es bestehe aus neurologischer Sicht kein klinisches Korrelat in Form einer Wurzelirritation C6 rechts oder S1 links (vgl. Bericht vom 29. August 2016, Urk. 7/81/2). Entgegen der

Argumentation des Beschwerdeführers (Urk. 10 S. 5 ff.) sind auch mit dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_

vom 21. November 2016 keine organisch objektivierbare Unfallfolgen im Sinne der unter E. 4.2 erläuterten Gerichtspraxis auszuweisen. So diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ zwar eine extensionsabhängige Wurzelirritation L 5. Gleichzeitig räumte er in Übereinstimmung mit den entsprechenden Feststellungen von Dr. E.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/40/9, Urk. 7/72/5, Urk. 7/81/2) ein, die klassischen Zeichen einer Wurzelreizung, namentlich Lasègue, seien negativ. Auch würden apparative Messungen diesbezüglich nie positive Befunde zeigen (Urk. 7/105/7). Mithin stützte Dr. H.\_\_\_\_ seine Diagnose vornehmlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, namentlich Schmerzen und Druckdolenz sowie klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen, welche für sich allein allerdings kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil U 9/05 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C\_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3). Kommt hinzu, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Vielmehr ist

im Zusammenhang mit der organisch nicht objektivierbaren lumbosakralen Beschwerdesymptomatik gestützt auf den konsiliarpsychiatrischen Untersuchungsbericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 5. September 2016, welcher den in der Rechtsprechung des Bundesgerichts entwickelten Anforderungen in allen Teilen genügend als beweiskräftig anzusehen ist, von einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F 45.1) auszugehen. Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ sprechen, sind nicht ersichtlich und wurden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Insbesondere ergeben sich keine fachärztlichen Differenzen. So schloss sich auch die behandelnde Dr. C.\_\_\_\_

der Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ an (Urk. 7/105/12).

### **E. 4.3.3**

Der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die am 17. Februar 2016 durchgeführte MRI – Untersuchung des Gehirns einen altersentsprechend unauffälligen intrakraniellen Befund, ohne Traumafolgen ergab (Urk. 7/23) und die (Albtraum bedingten) Schlafprobleme unbestrittenermassen Bestandteil der diagnostizierten PTBS bilden (vgl. Urk. 7/85/17).

### **E. 4.4**

In Würdigung der (hinreichend aufschlussreichen) medizinischen Aktenlage ist das Vorliegen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Oktober 2016 zu verneinen und es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass weitere Abklärungen andere Erkenntnisse erbrächten (antizipierte

Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

### **E. 5.1**

Weiter ist zu klären, ob die Adäquanz der Beschwerden mit der Beschwerdegegnerin nach der sogenannten Psycho-Praxis (Urk. 2 S. 10 ff.) oder, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, nach der Schleudertrauma-Praxis (Urk. 10 S. 7) zu prüfen ist. Dies ist auch für die Beurteilung des Fallabschlusses von Bedeutung (vgl. Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 144).

### **E. 5.2**

Die sogenannte Psycho-Praxis kommt bei Schleudertraumen zur Anwendung, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. E. 1.5.3). Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht hat sodann wiederholt darauf hingewiesen, dass die besondere Adäquanzprüfung nach Schleudertrauma den Fällen vorbehalten sei, in denen sich die psychische Problematik als Teil des typischen organisch-psychischen Beschwerdebildes des Schleudertraumas der HWS darstelle oder wo eine psychische Fehlentwicklung mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild eng verflochten sei. Von diesen Fällen seien diejenigen zu unterscheiden, in denen sich nach einem Unfall - losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder vergleichbarer Verletzungen - eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsstörung manifestiere. Die Unfalladäquanz solcher Gesundheitsschädigungen sei nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien zu beurteilen (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff., Urteil des Bundesgerichts U 457/04 vom 23. März 2005 E. 3 mit Hinweisen). Würden nämlich psychische Beschwerden, die im Anschluss an einen Unfall mit Distorsionsverletzung der HWS auftreten, ungeachtet ihrer Pathogenese stets nach den Kriterien gemäss BGE 117 V 359 E. 6a auf ihre Adäquanz hin überprüft, bestünde die Gefahr, identische natürlich kausale psychische Unfallfolgen adäquanzrechtlich allein deshalb unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob beim Unfall zusätzlich eine Distorsionsverletzung der HWS (oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus) aufgetreten sei oder nicht, was nicht angehe (Urteil des Bundesgerichts U 277/04 vom 30. September 2005 E. 2.2 und E. 4.2.2 mit Hinweisen).

### **E. 5.3**

Aus den zitierten medizinischen Berichten geht einhellig hervor, dass unmittelbar nach dem Unfall eine in der Folge anhaltende massive psychische Symptomatik auftrat, die - jedenfalls soweit sie von Dres. C. \_\_\_ und K. \_\_\_ übereinstimmend auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1) sowie somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.1) zurückgeführt wurde (Urk. 7/ 85/17, Urk. 7/105/12) - als selbständige, unabhängig von den im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion aufgetretenen Symptomen bestehende Störung zu betrachten ist. Sofern und soweit die psychische Beeinträchtigung als Teil des typischen Beschwerdebildes nach einem Schleudertrauma der HWS beziehungsweise einer diesem äquivalenten Verletzung zu interpretieren ist, prägte sie nach Lage der Akten von Anfang an und im gesamten Verlauf das Beschwerdebild und dessen Bewältigung, und stand gegenüber den geklagten (rein) somatischen Beschwerden

eindeutig im Vordergrund. So ist bereits dem Austrittsbericht des Stadtsitals A.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2016 zu entnehmen, die initial beklagten Schmerzen im Nacken hätten sich am zweiten und letzten stationären Tag deutlich regredient gezeigt ( Urk. 7/22/1). Damit korrelierend hielt Dr. Z.\_\_\_\_ mit Verlaufsbericht vom 21. März 2016 fest, die initial stärksten Hals- und Nackenschmerzen hätten sich unter Analgesie, Entlastung und Physiotherapie deutlich gebessert. Demge genüber fühle sich der Beschwerdeführer psychisch sehr beeinträchtigt zufolge Schlaf störungen (Alpträume) und Flash backs ( Urk. 7/24). Dem Assessmentb ericht der I.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2016 ist weiter zu entnehmen, die strukturierte Befragung über den Umgang mit Schmerzen und Rehabilitationshindernissen habe Hinweise auf eine Auffälligkeit im psychischen Bereich ergeben

(Urk. 7/40/3), was auch Dr. D.\_\_\_\_ , nachdem er den Beschwerdeführer eingehend untersucht hatte, mit kreisärztlichem Untersuchungsbericht vom 21. Juli 2016 bestätigte (Urk. 7/72/1 ). Dr. J.\_\_\_\_ vom I.\_\_\_\_ hielt ausserdem explizit fest, die depressive Verstimmung stehe im Vordergrund (Urk. 7/40/5). Schliesslich kam auch Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, die psychische Dekompensation habe die somatische Rehabilitation ver zögert (Urk. 7/105/13). Damit ist im Beurteilungszeitpunkt gesamthaft von einer untergeordneten Rolle der rein physischen Anteile auszugehen. Dazu passt, dass die bisherigen Behandlungen von Anfang an nebst Physiotherapie und Analgesie ( Urk. 7/22/1, Urk. 7/72/4) hauptsächlich psychiatrisch ausgerichtet waren; seit dem 9. März 2016 unterzog sich der Beschwerdeführer einer psychotherapeutischen (nach Lage der vorliegenden Akten zuletzt im Rhythmus von sieben bis zehn Tagen ) sowie psychopharmakotherapeutischen Behandlung mit Escitalopram , Trazodon und Lorazepam (vgl. Urk. 7/85/10 ).

#### **E. 5.4**

Bei dieser Ausgangslage fällt die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis ausser Betracht. Die Adäquanz ist somit nach der Psycho-Praxis zu prüfen, bei der einzig die physischen Komponenten zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 109 E. 2.1 und 6.1 mit Hinweisen).

#### **E. 6.1**

Die Adäquanzprüfung in Bezug auf die noch vorliegenden psychischen Beschwerden ist grundsätzlich zu dem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem keine behandlungsbedürftigen organischen Unfallfolgen mehr vorliegen. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) haben die psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung keine Auswirkung, weshalb die Adäquanzprüfung zu dem Zeitpunkt vorzunehmen ist, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 116 E. 6.1; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, E. 3.1, U 98/06).

#### **E. 6.2**

Wie vorstehend (E. 4.3 f.) erwähnt ist aufgrund der medizinischen Aktenlage das Vorliegen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen zu verneinen. Die HWS-Beschwerden waren unter Physiotherapie und Analgesie unbestrittener massen bereits kurze Zeit nach dem Vorfall regredient

(vgl. Urk. 7/22, Urk. 7/24, Urk. 7/40/2, Urk. 7/72/4, Urk. 7/81/1; Urk. 7/85/11) . Soweit durch weitere Behandlungen überhaupt noch eine gesundheitliche Besserung erwartet werden kann, wäre diese jedenfalls nicht namhaft im Sinne der bundesgerichtlichen

Rechtsprechung. Entsprechend wurden ärztlicherseits diesbezüglich auch keine weiteren Behandlungsmassnahmen genannt.

Die persistierende lumbosakrale Rückensymptomatik qualifiziert bei der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung nicht als organisches Leiden. Die Therapieempfehlungen von Dr. H.\_\_\_\_ sind für den Fallabschluss nach Massgabe der Psycho-Praxis daher unbeachtlich (vgl. E. 6.1). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der seitens Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ attestierten anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit einzig die psychische Problematik zugrunde lag (Urk. 7/86, Urk. 7/85/21). Schliesslich waren auch keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, deren Abschluss abzuwarten gewesen wäre, zu berücksichtigen. So beschränkten sich die beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung vorliegend auf Frühinterventionen resp.

Arbeitsversuche mit dem Ziel einer Pensumssteigerung auf 100 % in der angestammten Tätigkeit

des Beschwerdeführers bei der bisherigen Arbeitgeberin. Ganz abgesehen davon, lag der schrittweisen Steigerung die als somatoforme Schmerzstörung zu qualifizierende lumbosakrale Beschwerdesymptomatik zugrunde (vgl.

Urk. 7/92/2 f., Urk. 11/3 ). Rechtsprechungsgemäss kann sich der in Art. 19 Abs. 1 erster Satz UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der IV, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, welche geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zu Grunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (RKUV 2004 Nr. U 50

## **E. 8**

S. 265, U 105/03, E. 5.2.2; vgl. auch E. 1.3). Nach dem Gesagten war letzteres vorliegend offensichtlich nicht der Fall. Entsprechende Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 2 S. 4 f.) gehen damit ins Leere und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung der Adäquanz zum genannten Zeitpunkt vornahm. 7. 7.1

Aufgrund der medizinischen Akten ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. Januar 2016 und den bestehenden psychischen Störungen des Beschwerdeführers zumindest im Sinne einer wesentlichen Teilkausalität zu bejahen (vgl. 7/85/21 ). Ob auch die vorausgesetzte Adäquanz des Kausalzusammenhangs gegeben ist, beurteilt sich nach der - oben (vgl. E. 1.5.4 ff.) zitierten - für psychische Störungen nach Unfällen geltenden Praxis. 7.2

Die Unfallschwere ist objektiv aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant für die Einschätzung der Unfallschwere sind die Kriterien, die anschliessend bei der Adäquanzprüfung der Unfallfolgen bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden (vgl. E. 7.3

hiernach ; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]). Am 30. Januar 2016 lenkte der angegurte Beschwerdeführer seinen BMW auf der Autobahn A53 in Richtung Ausfahrt auf dem Überholstreifen, als ein auf der Normalfahrbahn fahrender Volvo-Lenker verkehrsbedingt eine Vollbremsung einleitete und dabei – um eine Auffahrkollision zu vermeiden – auf die linke Fahrbahn wechselte. Dabei kollidierte er seitlich frontal mit der rechten Front des BMWs, ohne dass es dadurch zu einer relevanten Drehung des BMWs kam (die BMW-Insassen bewegten sich infolge der Kollision in einem Winkel von ca. 35° etwas nach vorne, bevor sie von den Sicherheitsgurten zurückgehalten wurden). Bei der

anschliessenden oder vorangehenden Streifkollision mit der Mitteilleit planke wirkten nur geringe Kräfte auf den BMW. Demgegenüber entstanden durch die seitliche Frontalkollision mit dem Volvo starke Beschädigungen an der vorderen rechten Seite des BMWs; der Kotflügel vorne rechts, die Stossstange, die Frontscheibe, die Motorhaube sowie der Seitenschweller wurden eingedrückt und das Rad sowie die Radachse wurden verzogen. Beim Volvo kam es fahrerseitig zu eingedrückten Türen vorne und hinten sowie Beschädigung der Schwellen. Im Unfallzeitpunkt lagen Kollisionsgeschwindigkeiten von 15 km/h für den Volvo und 60 km/h für den BMW des Beschwerdeführers, vor; die Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v) lag zwischen 11 und 16 km/h (vgl. Polizeirapport vom 14. Februar 2016 [inkl. Fahrzeugaufnahmen], Urk. 7/26; Fahrzeugexpertise des L.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2016 [inkl. Fahrzeugaufnahmen], Urk. 7/50/1-20; Unfallanalytisches Gutachten der AXA Winterthur vom 6. Juni 2016 [inkl. Fahrzeugaufnahmen], Urk. 7/50/41-59). Rechtsprechungsgemäss gilt bei Frontalkollisionen eine Geschwindigkeitsänderung von 20-30 km/h als sog. Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2011 vom 9. Dezember 2011 E. 6.1). Einfache Auffahrunfälle werden in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. 4 549 S.237 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation als (höchstens) mittelschweren Unfall im engeren Sinne lässt sich rechtfertigen. Jedenfalls gibt letzteres mangels Entscheidrelevanz keinerlei Anlass zur gerichtlichen Korrektur (vgl. E. 7.3

hienach). Zur allgemeinen Veranschaulichung der rechtsprechungsgemäss als mittelschwer im engeren Sinne geltenden Unfälle bleibt an dieser Stelle auf die im Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2012 vom 6. November 2012 (E. 5.2.1 f.) wiedergegebene Kasuistik zu verweisen. 7.3

Bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im engeren Sinne kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn zumindest drei der sieben Kriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_617/2010 vom 15. Februar 2010

## **E. 11**

E. 3.2.2 und E. 3.3 mit Hinweisen) . 7.4

Der zu beurteilende Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Daran ändert – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 2 S. 9) – auch der Umstand nichts, dass seine Kinder und die Ehefrau im Auto mitfahren. Blieben diese (bis auf eine leichte Prellung am Ellbogen der Ehefrau, vgl. Urk. 7/26/5) doch unverletzt und erfordert dieses Kriterium eine objektive Betrachtung des Vorfalles, die unabhängig davon ist, wie die versicherte Person das Geschehen subjektiv erlebt hat (RKUV 1999 Nr. U 330 S. 124; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 18. September 2006 in Sachen K., U 66/06). Damit erweist sich auch das Vorbringen des Beschwerdeführers als nicht stichhaltig, wonach ihm im Unfallzeitpunkt klargeworden sei, dass er als einziger Ernährer der Familie darauf angewiesen sei, arbeitsfähig zu sein und damit Geld zu verdienen (Urk. 2 S. 9). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (8C\_39/2008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Sodann erlitt der Beschwerdeführer keine schweren Verletzungen; Läsionen und Frakturen konnten bildgebend ausgeschlossen

werden. Die objektivierbaren Befunde beschränkten sich auf geringgradige degenerative Veränderungen (Urk. 7/23, Urk. 82, Urk. 7/81/2). Mithin ist das Adäquanzkriterium der Schwere oder beson deren Art der erlittenen Verletzung bereits in der einfachen Form zu verneinen. Ebenso wenig kann vorliegend von (auf ein somatisch objektivierbares Substrat zurückführbare) Dauerschmerzen die Rede sein. Weiter liegen weder eine unge wöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, eine Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, noch ein schwieriger Heilungs verlauf oder Komplikationen vor. Im Gegenteil erschöpfte sich die Therapie der HWS-Beschwerden in einer (erfolgreichen) Physiotherapie und Analgesie. Damit waren die Beschwerden im Bereich der HWS nach kurzer Zeit regredient und konnte der Beschwerdeführer das Spital bereits nach zwei Tagen im verbesserten Allgemeinzustand wieder verlassen (Urk. 7/22, Urk. 2/24, Urk. 7/72/5, Urk. 7/81/1, Urk. 7/105/7). Mit seinen übrigen Vorbringen im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung dringt der Beschwerdeführer nicht durch (Urk. 2 S. 9 f.). Gehen diese doch bereits unter Hinweis auf die höchstrichterliche Gerichts praxis, wonach bei der Prüfung der einzelnen Kriterien einzig die organisch objektivierbaren Beschwerden zu berücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2007 in Sachen P. , U 442/06, E. 4.1 mit Hinweis), ins Leere. Weiterungen hierzu erübrigen sich damit. 7.5

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es an der Adäquanz eines Kausalzusam menhangs zwischen dem Unfallereignis vom 30. Januar 2014 und den über das Datum der Leistungseinstellung vom 31. Oktober 2016 hinaus bestehenden psy chischen Beschwerden, welche nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit bewirken (Urk. 7/85/21), fehlt. Für eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit oder Integ ritätseinbusse, welche zu dem Unfallereignis in einem krassen Missverhältnis steht, hat die obligatorische Unfallversicherung nicht einzustehen.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. März 2017 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde w ird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg, unter Beilage je einer Kopie von 16 und 17 - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 Bundesge setzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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