



**Fall-Nr.:** UV 2009/88  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.04.2020  
**Entscheiddatum:** 08.11.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.11.2010**

**Art. 6 UVG: Adäquanzbeurteilung nach Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) bei mittelschwerem Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. November 2010, UV 2009/88).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 8. November 2010

in Sachen

W.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Ursula Reger-Wyittenbach,  
Schaffhauserstrasse 18, Postfach 305, 8042 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Fürsprecherin Dr. iur. Marianne Sonder, Rossimattstrasse 17,  
3074 Muri b. Bern,



## St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a W.\_\_\_\_ war als Monteur bei der A.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als er am 22. Februar 2008 als Lenker eines Personenwagens in eine linksfrontale Kollision mit einem anderen Personenwagenlenker verwickelt wurde (Suva-act. VI/5, 32). Die Erstbehandlung erfolgte am 23. Februar 2008 durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Arzt für Chirurgie, der im gleichentags erstellten Bericht eine Prellung der Halswirbelsäule (HWS) sowie eine Prellung des rechten Fusses bzw. Oberen Sprunggelenks (OSG) diagnostizierte. Als Befunde erhob er einen starken muskulären Hartspann der Nackenmuskulatur mit schmerzhafter Kopfbeweglichkeit in allen Richtungen beidseits ohne nervale Ausfälle und ohne retro- oder anterograde Amnesie sowie eine geringe Schwellung im Bereich des Fussrückens, besonders des ersten Mittelfussknochens und des OSG rechts mit Druck-, Bewegungs- und Belastungsschmerzen ohne periphere Ausfälle (Suva-act. VI/2). Am 9. März 2008 füllte Dr. B.\_\_\_\_ den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma aus. Laut den Angaben des Versicherten seien sofort nach dem Unfall Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern aufgetreten. Weitere Beschwerden wurden verneint (Suva-act. VI/2). Am 16. Mai 2008 erfolgte durch die Suva nochmals eine Erhebung der für die Abklärung von HWS-Fällen massgebenden Daten (Suva-act. VI/7). Am 10. Juni 2008 führte die Rehaklinik Bellikon beim Versicherten ein ambulantes Assessment durch. Im Bericht vom 13. Juni 2008 diagnostizierten die Ärzte ein zervikales Schmerzsyndrom, am ehesten myofaszial bedingt, und eine nicht auszuschliessende psychosomatische Überlagerung nach linksfrontaler Autokollision vom 22. Februar 2008. Rein somatisch werde noch eine Behandlungsmöglichkeit für das mögliche myofasziale Geschehen gesehen. Diesbezüglich hätten sie dem Versicherten Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, empfohlen (Suva-act. VI/13). Wegen eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Schmerzwahrnehmung und den erhobenen



psychosozialen Belastungsmomenten wurde sodann in der Rehaklinik Bellikon am 19. Juni 2008 ein psychosomatisches Konsilium durchgeführt. Dieses ergab laut Bericht vom 23. Juni 2008 die Diagnose einer verminderten Stresstoleranz bei Auffälligkeiten in der Persönlichkeit (perfektionistisch, leicht anankastisch/zwanghaft, leistungsorientiert), HWS/Kopfschmerzen und belastenden psychosoziale Umstände (Suva-act. VI/17). Mit Schreiben vom 26. Juni 2008 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie ihm weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen ausrichten werde (Suva-act. VI/14). Anlässlich einer Vorsprache bei der A.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2008 erfuhr die Suva von einem beim Versicherten neu aufgetretenen Ohrpfeifen (Suva-act. VI/18). Inzwischen hatte am 23. Juni 2008 eine rheumatologische Konsultation bei Dr. C.\_\_\_\_ stattgefunden (Suva-act. 20). Am 3. September bzw. 28. Oktober 2008 folgten im Auftrag der Suva eine neurologische Abklärung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie (Suva-act. VI/24), sowie eine biomechanische Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik (AGU), Zürich (Suva-act. VI/32). Nach einer nur durch einen dreitägigen Arbeitsversuch unterbrochenen, seit dem Unfall vom 22. Februar 2008 andauernden 100%-igen Arbeitsunfähigkeit nahm der Versicherte die Arbeit am 10. November 2008 wieder auf (Suva-act. VI/37, 39). Wegen anhaltender Ohrgeräusche bzw. zur Beurteilung des Tinnitus (Suva-act. 39) liess die Suva schliesslich im Dezember 2008 eine Untersuchung bei Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH ORL, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, durchführen (Suva-act. VI/42). Am 12. Januar 2009 musste der Versicherte die Arbeit wegen starker Kopfschmerzen wieder niederlegen (Suva-act. VI/43). Am 28. Januar 2009 attestierte ihm Dr. C.\_\_\_\_ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 25. Januar bis 8. Februar 2009 (Suva-act. VI/45).

A.b Mit Verfügung vom 4. Februar 2009 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 1. März 2009 mit der Begründung ein, dass die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden müsse in Berücksichtigung der Kriterien gemäss BGE 117 V 359 bzw. BGE 134 V 109 verneint werden (Suva-act. VI/48).

A.c Am 5. Februar 2009 erlitt der Versicherte erneut einen Unfall, wobei er mit der rechten Hand in das auslaufende Sägeblatt einer Kreissäge griff. Er suchte noch am Unfalltag Dr. med. F.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, auf, der eine Schnittverletzung am



## St.Galler Gerichte

Zeigefinger rechts diagnostizierte, und vom 5. Februar bis 7. März 2009 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, für die die Suva Taggelder ausrichtete. Am 9. März 2009 nahm der Versicherte die Arbeit wieder zu 100% auf. Heilkostenleistungen wurden bis zum Behandlungsabschluss vom 24. März 2009 erbracht.

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 4. Februar 2009 erhob der Versicherte am 27. Februar 2009 Einsprache. Mit seiner Vertretung beauftragte er Rechtsanwältin lic.iur. Ursula Reger-Wyttenbach, Zürich, welche am 17. April 2009 eine ausführliche Einsprachebegründung nachreichte.

B.b Mit Entscheid vom 3. Juli 2009 wies die Suva die Einsprache ab.

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwältin Reger-Wyttenbach für den Versicherten mit Eingabe vom 7. September 2009 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, in Gutheissung der Beschwerde seien die Verfügung vom 4. Februar 2009 und der Einspracheentscheid vom 3. Juli 2009 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin die ihm aus UVG zustehenden Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, zusätzliche medizinische Abklärungen vorzunehmen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2009 beantragte Rechtsanwältin Dr. iur. M. Sonder, Muri, für die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik und Duplik vom 12. Januar bzw. 1. Februar 2010 hielten die Parteien unverändert an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

C.d Auf die Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:



1.

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 22. Februar 2008 ausgerichtet wurden, auf den 1. März 2009 eingestellt werden durften.

2.

2.1 Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 E. 3a).

2.2 Bei Vorliegen eines Schadenfalls wird zunächst - wie von der Beschwerdegegnerin gemacht - die Frage nach der Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden bzw. deren Nachweis mit bildgebenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) gestellt. Im Unfallversicherungsrecht gibt es nun allerdings Fälle, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs - wie die Beschwerden nach erfolgtem Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung (BGE 117 V 359 E. 5d/aa) - nie wirklich sichtbar gemacht werden konnten, dieser Umstand jedoch für sich allein nicht rechtfertigt, ein organisches Substrat dieser Beschwerden in Abrede zu stellen. Weiter ist aufgrund der Ergebnisse der medizinischen Forschung bekannt, dass Schleudertraumaverletzungen durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur



gekennzeichnet sind (BGE 117 V 359 E. 5d/aa; BGE 134 V 109 E. 6.2.1, 7.1). Liegt eine solche Verletzung vor, gilt es demnach bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs die entsprechende "Schleudertrauma-Praxis" ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten (BGE 117 V 359, BGE 134 V 109) anzuwenden. Eine Differenzierung bzw. Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs gemäss der in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze ("Psycho-Praxis") findet lediglich dann statt, wenn die psychische Problematik klar im Vordergrund steht (BGE 127 V 103 E. 5b/bb).

3.

3.1 Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), wobei die Untersuchungsmethoden überdies wissenschaftlich anerkannt sein müssen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische, nicht aber somatisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Als solche gelten Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf die Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Entsprechend können ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit zahlreichen Hinweisen sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07], E. 3.2 und 3.3).

3.2 Im vorliegenden Fall ergab die von Dr. B.\_\_\_\_ am 23. Februar 2008 durchgeführte röntgenologische Untersuchung der HWS eine Steilstellung, hingegen keine Hinweise auf eine frische knöcherner Verletzung oder Subluxation und keine Zeichen einer



degenerativen HWS-Veränderung, Einengung der Foramina intervertebralia oder Bogenwurzelverletzung. Die von Dr. B.\_\_\_\_ erhobenen Befunde beinhalten klinische Untersuchungsergebnisse (Suva-act. VI/2). Auch von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ wurden lediglich klinische Befunde erhoben. Apparative Untersuchungen zur Objektivierung der geklagten Beschwerden wurden nicht durchgeführt bzw. wegen fehlender Anhaltspunkte für eine strukturelle organische Verletzung offensichtlich nicht als notwendig erachtet. So waren bereits die erhobenen klinischen Befunde verhältnismässig geringfügig und zeigten sich als gänzlich unauffällig (Suva-act. VI/20, 24). Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, dass sich klinisch-neurologisch keine objektivierbaren pathologischen Befunde fänden. Es bestünden insbesondere keine Anhaltspunkte für eine cervicale Radikulopathie oder eine andere strukturelle Läsion im Bereich des Myelons und des Cerebrums (Suva-act. VI/24). In den Berichten der Rehaklinik Bellikon sowie von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ wurde sodann übereinstimmend die Diagnose eines Cervicalsyndroms, "am ehesten", "vorwiegend" bzw. "wahrscheinlich teilweise" myofaszial bedingt gestellt (Suva-act. VI/13, 20, 24). Laut Roche Lexikon Medizin (5. Auflage, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur entsprechenden Diagnose führt somit eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Die konkret genannte "myofasziale" Ursache kann keinem fassbaren organischen Korrelat zugeordnet werden. Wie Dr. D.\_\_\_\_ führte sodann auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. Juni 2008 aus, dass klinische Hinweise für eine zusätzliche bedeutsame strukturelle Pathologie fehlen würden, und erwähnte eine Chronifizierungstendenz. Auch eine solche spricht nicht für ein unfallkausales organisches Substrat. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die von Dr. C.\_\_\_\_ konkret angeführten Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Am 17. Dezember 2008 wurde der Beschwerdeführer schliesslich wegen seines Tinnitus einer ORL-Untersuchung



unterzogen. Die von Dr. E.\_\_\_\_ durchgeführte ohrmikroskopische Untersuchung zeigte einen unauffälligen Befund. Wegen fehlender Schwindelsymptomatik wurde auf eine weiterführende Diagnostik verzichtet. Dr. E.\_\_\_\_ ging "am ehesten" von einer vertebrogenen Problematik mit Ausbildung eines Tinnitus und einer beidseitigen kombinierten Hörstörung aus (Suva-act. VI/42). Diese Formulierung lässt keine Aussage zum Mass der Wahrscheinlichkeit zu. Denkbar wäre auch ein "am ehesten" möglich, was dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügen würde. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die medizinischen Abklärungen keine durch den Unfall bedingten organisch-strukturellen Befunde ergeben haben.

4.

4.1 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 i/S T. [U215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U258/06]) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren. Die andern bei einem Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.



4.2 Im konkreten Fall kollidierte der Beschwerdeführer als Lenker eines Personenwagens linksfrontal mit einem anderen Personenwagen, wobei er mit dem Kopf vermutlich an die Frontschuttscheibe prallte (Suva-act. VI/7, 8). Bei diesem Unfallmechanismus fällt ein eigentliches Schleudertrauma von vornherein ausser Betracht. Hingegen darf angenommen werden, dass der Beschwerdeführer - obwohl die von Dr. B.\_\_\_\_ im echtzeitlichen Untersuchungsbericht vom 23. Februar 2008 angeführte Diagnose einer HWS-Prellung (Suva-act. VI/2) grundsätzlich keine solche darstellt - eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat. Denn er füllte am 9. März 2008 den in diesen Fällen zu Händen des Unfallversicherers einzureichenden Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma aus (Suva-act. VI/2) und in den weiteren medizinischen Akten wird einheitlich die Diagnose einer linksfrontalen Autokollision mit HWS-Distorsion gestellt (Suva-act. VI/13, 20, 24).

4.3 Beim Beschwerdeführer sind laut dem Dokumentationsbogen innerhalb der erforderlichen Latenzzeit Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in beide Schultern aufgetreten. Andere Beschwerden, die typischerweise ebenfalls eher sofort oder innert Stunden nach einer Beschleunigungsverletzung auftreten, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen wurden nicht beklagt (Suva-act. VI/2; vgl. dazu Liste in H. Schmidt/J. Senn Hrsg., Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.). Am 14. März 2008 gab der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin an, er leide vor allem im Hinterkopf unter Kopfschmerzen, die bis in den Nacken und in die Schultern ausstrahlen würden. Das Vorliegen von Schwindel oder Übelkeit verneinte er erneut (Suva-act. VI/3). Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen vom 16. Mai 2008 ist sodann vermerkt, dass er sofort nach dem Unfall "Sternchen" gesehen und unter Schwindel gelitten habe. Innert Stunden nach dem Unfall seien auch Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten (Suva-act. VI/7). Das Pfeifen im Ohr bzw. der Tinnitus sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen werden in den Akten erstmals nach längerer Latenzzeit, d.h. am 28. Juli bzw. 3. September 2008, erwähnt (Suva-act. VI/18, 24). Neu aufgetretene Symptome sind jedoch aufgrund ihres späten Auftretens nicht als natürlich-kausale Unfallfolgen zu betrachten. Auch wenn der Beschwerdeführer die nach dem Unfall vom 22. Februar 2008 aufgetretenen Beschwerden nicht einheitlich schilderte und sich die Beschwerden in ihrer



Ausprägung nicht als besonders gehäuft zeigten, kann insgesamt doch von einem typischen Beschwerdebild unmittelbar nach dem Unfall gesprochen werden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin auch einen Leistungsanspruch bis zum 28. Februar 2009 anerkannt.

5.

5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 i/S Z. [258/02], vom 25. Oktober 2002 i/S L. [U 143/02] und vom 31. August 2001 i/S O. [U 285/00]).

5.2 Dass das versicherte Unfallereignis eine natürlich-kausale (Teil-)Ursache der auch nach dem 28. Februar 2009 noch fortbestehenden Beschwerden bildet, lässt sich den medizinischen Akten nicht entnehmen (vgl. dazu auch Erwägung 3.2 und 6.2). Letztlich kann diese Frage jedoch offen bleiben, da - wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt - die Adäquanz des Kausalzusammenhangs verneint werden muss (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1 S 472 mit Hinweisen). Entsprechend erübrigt sich auch eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts



vom 20. März 2008 i/S P. [8C\_217/2008], E. 7.3). Der Vollständigkeit halber sei dennoch angefügt, dass die Beschwerdegegnerin zwar keine unabhängige inter- oder polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, wie sie das Bundesgericht mit BGE 134 V 109 (E. 9.4 und 9.5 S. 124ff.; Urteil vom 19. Februar 2008) für unabdingbar erachtet, durchführen liess, der vorliegende Fall im Einstellungszeitpunkt medizinisch aber dennoch entscheidungsreif war. Der Beschwerdeführer wurde durch verschiedene Fachspezialistinnen und Fachspezialisten (Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohrenarzt) umfassend abgeklärt. Die einzelnen medizinischen Berichte ergeben ein abgerundetes Bild und stehen nicht in Widerspruch zueinander. Auch für die Klärung von bei der Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchenden Problemen bedarf es sodann nicht zwingend eines poly-/interdisziplinären Gutachtens, wenn - wie hier - Berichte von Ärzten verschiedener in Betracht fallender Fachrichtungen vorliegen, welche eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008 i/S M. [8C\_527/2008], E. 3.2.2).

6.

6.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin die Adäquanz nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis von BGE 134 V 109 geprüft und auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet. In der Beschwerdeantwort vertritt ihre Rechtsvertreterin demgegenüber die Auffassung, die Adäquanzprüfung sei nach der Praxis bei psychischer Fehlentwicklung mit Krankheitswert gemäss BGE 115 V 133 durchzuführen, bei der nur die physischen, nicht aber auch die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen sind.

6.2 Anlässlich des ambulanten Assessments in der Rehaklinik Bellikon vom 13. Juni 2008 schilderte der Beschwerdeführer, dass ihm der "äussere Druck" bei der Arbeit zu schaffen mache. Er könne eher schlecht mit Zeitdruck umgehen, und habe bereits vor dem Unfall immer unter äusserem Druck gelitten, zum Teil auch mit somatischen Symptomen (z.B. Schlafstörungen). Gleichzeitig wurde aber von Seiten der Rehaklinik Bellikon von einem adäquaten Schmerzverhalten und einer guten Leistungsbereitschaft sowie von rein somatisch noch bestehenden Behandlungsmöglichkeiten für das mögliche myofasziale Geschehen gesprochen. Die Klinik hielt letztlich in ihrem Bericht



## St.Galler Gerichte

vom 13. Juni 2008 diagnostisch fest, dass das zervikale Schmerzsyndrom am ehesten myofaszial bedingt sei und eine psychosomatische Überlagerung nicht ausgeschlossen werden könne (Suva-act. VI/13), worauf ihm die Beschwerdegegnerin weiter Versicherungsleistungen ausrichtete (Suva-act. VI/14). Am 19. Juni 2008 fand in der Rehaklinik Bellikon ein psychosomatisches Konsilium mit der Fragestellung statt, ob eine psychische Überlagerung bestehe. Man kam beurteilend zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall an stressbedingten Schmerzen im HWS- und Kopfbereich mit Ausstrahlung in beide Schultern leide. Diese Schmerzen würden vor allem durch die Vibrationen am Arbeitsplatz sowie durch Stress und Zeitdruck verstärkt und seien für den Patienten nicht auszuhalten. Die Situation erschwere vorbestehende Beschwerden im Rücken sowie in beiden Knien und führe zu einer Einschlafproblematik mit Grübeln und Kopfschmerzen. Der Versicherte vermisse eine anspruchsvolle, aber körperlich leichtere Arbeit, die er bis zum Ende seines Arbeitslebens mit Engagement ausführen könne. Gegenwärtig bestehe eine verminderte Stresstoleranz durch Schmerzen, Auffälligkeiten in der Persönlichkeit (perfektionistisch, leistungsorientiert, leicht anankastisch/zwanghaft) und belastende psychosoziale Umstände bedingt. Im Bericht vom 23. Juni 2008 wurde die entsprechende Diagnose gestellt (Suva-act. VI/17). Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. Juni 2008 ebenfalls ein cervicovertebrales Syndrom bei vorwiegend myofaszialen Schmerzen im Schulter-Nacken- und Occiputbereich beidseits sowie psychosozialen Belastungsfaktoren (berufliche Neuorientierung noch nicht erfolgt). Der Patient würde gerne eine Stelle als Hauswart finden. Doch sei er irgendwie überfordert. Er habe schon Mühe, ein perfektes Bewerbungsschreiben zu verfassen. Zudem sei er auf einen gewissen Lohn angewiesen, da er eine Familie mit vier Kindern und ein Haus habe. Er habe als angesehener Zimmermann und Meister ausserdem Mühe, im "Geheimen" einen neuen Job zu finden (Loyalitätsproblematik). Die Nackenschmerzen seien deutlich auch im Rahmen des Stresses zu interpretieren (Suva-act. VI/20). Dr. D.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 22. September 2008 fest, die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen müssten im Zusammenhang mit psychischen Stresssituationen und Schmerzen beurteilt werden. Die rezidivierenden cervicalen Schmerzen seien wahrscheinlich teilweise myofaszial bedingt. Aufgrund der Schilderungen des Patienten bestehe zudem der dringende Verdacht auf eine nicht unerhebliche psychosomatische Überlagerung. Entsprechend stellte die Neurologin die dringende Verdachtsdiagnose



einer psychosomatischen Überlagerung sowohl der cervicalen Schmerzen wie auch der Kopfschmerzen (Suva-act. VI/24). - Die medizinischen Akten enthalten damit übereinstimmende Hinweise auf eine - zumindest teilweise auch unfallfremde - psychische Komponente des Beschwerdeführers. Mit den übereinstimmend als "am ehesten", "vorwiegend" bzw. "wahrscheinlich teilweise" (Suva-act. VI/13, 20, 24) myofaszial definierten Schmerzen ist – wie bereits erwähnt (E. 3.2) - keine somatisch bedingte Restfolge der HWS-Distorsion belegt, die einer psychischen Problematik gegenüberstehen würde. Mit diesen ohnehin das Mass der Wahrscheinlichkeit offenklassenden Formulierungen wird lediglich fassbar gemacht, wo bzw. wie sich das Beschwerdebild - eben im Bereich der Muskeln bzw. von den Muskeln ausgehend - bemerkbar macht, ohne es dabei einem organischen Korrelat zuzuordnen. Obwohl myofasziale Schmerzen letztlich somatisch wahrgenommen werden, können sie sowohl traumatisch als auch psychisch bedingt sein. Die Schmerzen des Beschwerdeführers sind damit entweder durch die HWS-Verletzung oder durch (unfallfremde) psychische Faktoren bedingt. Nicht ausgeschlossen werden kann jedoch auch im ersten Fall eine die Schmerzen verstärkende unfallfremde psychische Komponente. Hinzu kommt, dass sich die Schmerzen im weiteren Verlauf nicht - wie bei erlittener schleudertraumaähnlicher Verletzung typisch - besonders vielschichtig darstellen. Als Hauptproblem werden die Kopf- und Nackenschmerzen bezeichnet. Ob die Adäquanzprüfung angesichts dieser Fakten nach der Schleudertrauma- oder der Psycho-Praxis durchzuführen ist, kann letztlich offen bleiben, da die Adäquanz auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis (vgl. dazu SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 i/S G. [8C\_283/2009]) zu verneinen ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen.

6.3 Die Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen bzw. der Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20; BGE 134 V 109 E. 4) - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung - per 28. Februar 2008 ist nicht zu beanstanden. In ihrem Bericht vom 13. Juni 2006 über das ambulante Assessment führte die Rehaklinik Bellikon aus, sie sehe rein somatisch weiterhin Behandlungsmöglichkeiten für das mögliche myofasziale Geschehen. Es sei jedoch zu betonen, dass es sich um einen Behandlungsversuch handle. Je nach Abklärungsergebnissen der Psychosomatik sowie dem Verlauf der Triggerpunktbehandlung erhoffe sie sich, die Ansätze für zielgerichtete



Rehabilitationsmassnahmen besser klären zu können (Suva-act. VI/13). Im Psychosomatischen Konsilium vom 23. Juni 2008 erklärte die Rehaklinik Bellikon, dass eine weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung nicht unbedingt angezeigt sei (Suva-act. VI/17). Gestützt auf eine anlässlich des ambulanten Assessments von der Rehaklinik Bellikon festgehaltene Empfehlung folgte am 23. Juni 2008 die Konsultation bei Dr. C.\_\_\_\_. Dieser leitete eine gezielte Triggerpunkttherapie ein und verschrieb dem Beschwerdeführer verschiedene Medikamente (Suva-act. VI/20). Dr. D.\_\_\_\_ empfahl schliesslich einen Therapieversuch mit Amitriptylin zur Behandlung des Spannungskopfschmerzes. Im Weiteren hielt sie fest, dass, falls nicht bereits durchgeführt, eine psychiatrische Exploration und gegebenenfalls eine psychotherapeutische Betreuung sinnvoll seien (Suva-act. VI/24). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 23. Oktober 2008 führte Dr. C.\_\_\_\_ als gegenwärtige Behandlung noch Medikation und Entspannung an (Suva-act. VI/27). Am 28. November 2008 vermerkte der Suva-Kreisarzt als notwendige diagnostische Zusatzabklärung die Untersuchung durch einen ORL-Arzt, verneinte aber die Frage, ob durch weitere Behandlungsmassnahmen noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erreichen sei (Suva-act. VI/38). Die ORL-Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ ergab sodann keine gesundheitliche Störung mit der Notwendigkeit einer entsprechenden medizinischen Behandlung (Suva-act. VI/42). Diese Aktenlage enthält keine Hinweise, dass von einer weiteren ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu erwarten gewesen wäre. Es wurden keine massgebenden Langzeiterfolg versprechenden neuen Therapien mehr eingeleitet oder in Erwägung gezogen. Die weitergeführte Medikation und Entspannung hatte offensichtlich eine reine Symptom- bzw. Schmerzbekämpfung und nicht eine eigentliche Ursachenbekämpfung zum Ziel. Das Vorliegen von andauernden Beschwerden oder auch eine Verschlimmerung derselben, wie vom Beschwerdeführer im Januar 2009 beklagt, vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern bzw. haben auf die Frage, auf welchen Zeitpunkt der Unfallversicherer von einem Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG ausgehen durfte, grundsätzlich keinen Einfluss. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008 i/S G.



[8C\_467/2008], E. 5.2.2.2.). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A. Zürich 2003, S. 145). Nach der Rechtsprechung nahm die Beschwerdeführerin damit zu Recht auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hin die Adäquanzprüfung vor (vgl. BGE 134 V 109 E. 3.2 und E. 4 S. 113ff.).

7.

7.1 Laut Rapport der Kantonspolizei Zürich vom 28. März 2008 war der Beschwerdeführer am 22. Februar 2008 als Personenwagenlenker von G.\_\_\_\_ herkommend in H.\_\_\_\_ unterwegs. Er beabsichtigte nach links abzubiegen. Gleichzeitig kam von links ein anderer Personenwagenlenker entgegen, der nach rechts in Richtung G.\_\_\_\_ abbiegen wollte. Infolge eines Niesanfalls näherte sich dieser trotz abnehmender Fahrgeschwindigkeit zu schnell der Wartelinie und überfuhr diese in gerader Richtung, statt wie beabsichtigt nach rechts abzubiegen. Dabei kam es zur linksfrontalen Kollision mit dem korrekt von rechts herannahenden Personenwagen des Beschwerdeführers (Suva-act. VI/5). - Bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung ist der Unfall vom 22. Februar 2008 aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik (vgl. Rumo-Jungo, a.a.O., S. 55 ff.) den mittelschweren Unfällen zuzuordnen. Diese Einteilung wird gestützt durch die biomechanische Kurzbeurteilung der AGU vom 28. Oktober 2008 (Suva-act. VI/32; vgl. dazu RKUV 2003 Nr. U 489 S. 358 E. 3.2 mit Hinweisen) und wird grundsätzlich auch von Seiten der Parteien vertreten. Ob es sich um ein mittelschweres Ereignis im engeren Sinn oder eines an der Grenze zu den leichten Unfällen handelt, braucht vorliegend nicht beantwortet zu werden. Im ersten Fall müssen nach der Rechtsprechung entweder eines der bei den mittelschweren Unfällen einzubeziehenden Adäquanzkriterien [BGE 134 V 130 E. 10.3] in besonders ausgeprägter Weise oder mindestens drei in einfacher Weise erfüllt sein, während bei mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den leichten mindestens vier in einfacher Weise erfüllte Adäquanzkriterien verlangt werden (oder eines in besonders ausgeprägter Weise; vgl. BGE 117 V 359 E. 6b; Urteile des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009 i/S M. [8C\_487/2009], E. 5, und 29. Januar



2010 i/S S. [8C\_897/2009], E. 4.5). Wie die nachfolgende Beurteilung zeigt, sind im vorliegenden Fall höchstens zwei Adäquanzkriterien geringgradig erfüllt.

7.2 Aus den konkreten Begebenheiten vom 22. Februar 2008 lassen sich keine besonders dramatischen Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls ableiten. Insbesondere war der Unfallablauf ein sehr kurzes Ereignis (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, a.a.O., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B. [U 109/04], E. 2.3, und vom 2. März 2005 i/S S. [U 309/03], E. 5.1). An dieser Beurteilung vermag auch der Umstand, dass der Personenwagen des Beschwerdeführers durch die Kollision vom 22. Februar 2008 einen Totalschaden erlitten hat (Suva-act. 22), nichts zu ändern. Dieser ergab sich ausschliesslich aus der Tatsache, dass der Reparaturaufwand den mit EUR 1'600.-- geschätzten Fahrzeug-Restwert überstieg.

7.3 Die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas vermag sodann die Schwere oder besondere Art der 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. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 mit Hinweisen). Solche Umstände sind hier jedoch nicht gegeben. Vom Beschwerdeführer wurde lediglich ein Anprall des Kopfs an der Frontschuttscheibe und an der Kopfstütze angegeben (Suva-act. VI/2, 7). Ebenfalls nicht vorhanden ist eine besondere Schwere der für die HWS-Distorsion typischen Beschwerden. Die vom Beschwerdeführer neben der HWS-Distorsion erlittene Verletzung einer Fussprellung rechts (Suva-act. 2) kann schliesslich auch nicht als schwer oder von besonderer Art eingestuft werden.

7.4 Die Behandlung des Beschwerdeführers umfasste die Durchführung ambulanter Physiotherapien (Triggerpunkttherapie; 2 x wöchentlich) und medizinischer Verlaufskontrollen (inkl. Elektrotherapie; 1 x wöchentlich) beim Hausarzt sowie die Medikamentenabgabe (Suva-act. VI/13, 20, 24, 57). Der Beschwerdeführer wurde ausserdem alternativ-medizinisch (Reflexzonentherapie, Homöopathie) behandelt (Suva-act. VI/59). Ein Klinikaufenthalt fand nicht statt. Die vorgenannten Behandlungen liegen im Bereich dessen, was nach einem erlittenen Schleudertrauma der HWS bzw.



einer äquivalenten Verletzung mit ähnlichem Beschwerdebild üblich ist. Die hierfür erforderliche zeitliche Inanspruchnahme ist insgesamt nicht als derart intensiv zu werten, dass deswegen von einer erheblichen - im Sinn einer sich allein daraus ergebenden zusätzlichen - Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur gesprochen werden könnte. Anzufügen bleibt, dass den verschiedenen Abklärungsmassnahmen und den blossen ärztlichen Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt (vgl. Urteil des EVG vom 2. Februar 2007 i/S S. [U 41/06], E. 10.3). Gesamthaft ist mithin auch eine spezifische, den Beschwerdeführer speziell belastende ärztliche Behandlung im Sinn dieses Kriteriums nicht belegt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. August 2008 i/S H. [8C\_144/2008], E. 7.3, und vom 2. Februar 2007 i/S S. [U 41/06], E. 10.4).

7.5 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Laut medizinischen Akten stehen beim Beschwerdeführer eindeutig die Kopf- und Nackenschmerzen im Vordergrund (vgl. Suva-act. VI/17, 20, 24). Dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. September 2008 ist sodann zu entnehmen, dass die Schmerzen nur intermittierend vorhanden sind (Suva-act. VI/24). Im Weiteren gibt der Beschwerdeführer selber an, dass sich die Schmerzintensität durch Stresssituationen am Arbeitsplatz, d.h. durch einen unfallfremden Faktor, erhöhe (Suva-act. 8, 17). Anzufügen ist, dass er aber offensichtlich immer noch Autofahren und Gartenarbeiten ausführen kann und auf dem Landwirtschaftsbetrieb seines Sohnes mithilft (Suva-act. VI/8, 13). Bei dieser Aktenlage kann das Kriterium von dauerhaften und erheblichen Beschwerden höchstens in geringer Ausprägung als erfüllt angenommen werden.

7.6 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist aus den Akten nicht ersichtlich.

7.7 Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden, welche bei der Beurteilung der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind, darf nicht bereits auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen



geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Nicht darunter zu zählen sind etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2009 i/S N. [8C\_626/2009], E. 4.3). Im Vergleich mit anderen Fällen von HWS-Distorsionen und äquivalenten Verletzungen sind vorliegend keine Anhaltspunkte für bis zum Fallabschluss eingetretene erhebliche Komplikationen ersichtlich; auch kann nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf gesprochen werden. An dieser Beurteilung ändert auch der Umstand nichts, dass der konkrete Heilungsverlauf mit gewissen Schwankungen - besseren und schlechteren Phasen - verbunden war. Dass der erstmals am 28. Juli 2008 aktenmässig aufgetretene Tinnitus nicht dem Unfall vom 22. Februar 2008 zugeordnet werden kann bzw. letztlich auf die Kausalitätsbeurteilung keinen massgebenden Einfluss hat, ist der Erwägung 4.3 zu entnehmen.

7.8 Das Adäquanzkriterium Arbeitsunfähigkeit ist seit BGE 134 V 109 E. 10.2.7 erfüllt, wenn diese erheblich ist, obwohl die versicherte Person ausgewiesene Anstrengungen unternommen hat, sie zu überwinden. Nach dem Unfall vom 22. Februar 2008 attestierte Dr. I.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer ab 23. Februar bis voraussichtlich 24. März 2008 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. VI/2). Eine versuchsweise Aufnahme der Arbeit zu 50% erfolgte dann am 6. Mai 2008 (Suva-act. VI/8). Zwei Tage später musste die Arbeit wegen zunehmender Beschwerden bereits wieder ausgesetzt werden (Suva-act. VI/8), worauf wieder eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit folgte (Suva-act. VI/18). Auf den 3. November 2008 war die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% vorgesehen (Suva-act. VI/27, 57). Tatsächlich erfolgte diese am 10. November 2008 (Suva-act. VI/37, 39). Am 12. Januar 2009 musste der Beschwerdeführer die Arbeit wegen starker Kopfschmerzen erneut unterbrechen (Suva-act. VI/43). Dr. C.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer bis 8. Februar 2009 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. VI/45, 46). Dazwischen trat nun aber am 5. Februar 2009 ein weiterer Unfall mit einer Schnittverletzung an der rechten Hand ein. Die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit dauerte bis 7. März 2009 (vgl. Akten zum Schadenfall: 9.20982.09.3). Ab dem 9. März 2009 arbeitete der Beschwerdeführer wieder zu 100% (Suva-act. VI/55). Im Zeitraum zwischen Unfall und Fallabschluss, d.h.



innerhalb eines Zeitraums von rund einem Jahr, war der Beschwerdeführer infolge der HWS-Distorsion - die Schnittverletzung an der rechten Hand hat unberücksichtigt zu bleiben - während rund neuneinhalb Monaten zu 100% arbeitsunfähig. Unter diesen Umständen kann eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres in Abrede gestellt werden. Aktenmässig nicht nachgewiesen ist jedoch, dass der Beschwerdeführer auch ernsthafte Anstrengungen unternommen hat, diese Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Zwei Arbeitsversuche, wovon einer nur sehr kurz war, reichen dazu nicht aus. Der Beschwerdeführer hegte sodann offensichtlich bereits vor dem Unfall den Wunsch, eine leichtere Arbeit als technischer Hauswart zu finden, wofür er eine zweijährige Schulung absolviert hatte. Konkretes darüber ist jedoch - abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer angibt, schon seit mehreren Jahren nach einer solchen Stelle zu suchen - ebenfalls nicht bekannt. Insgesamt kann daher das Adäquanzkriterium der Arbeitsunfähigkeit - wenn überhaupt - höchstens mit geringer Ausprägung als erfüllt gelten.

7.9 Zusammenfassend sind damit bestenfalls zwei Adäquanzkriterien geringgradig erfüllt. Das genügt nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht, um die Adäquanz der Gesundheitsbeeinträchtigungen, die über den Einstellungszeitpunkt per 1. März 2009 hinaus geltend gemacht werden, zu bejahen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer im Januar 2009 nochmals eine gesundheitliche Verschlechterung in Form von starken Kopfschmerzen erfahren hat (Suva-act. VI/43), vermag an dieser Adäquanzbeurteilung nichts zu ändern.

8.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.