



**Fall-Nr.:** UV 2006/37  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 17.01.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2007**

**Art. 10 ff. UVG. Adäquate Kausalität bei Distorsion der Halswirbelsäule, degenerativem Vorzustand im Bereich der Halswirbelsäule und psychischer Überlagerung verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2007, UV 2006/37). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_42/2007.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Wolfgang Mayer

Entscheid vom 17. Januar 2007

In Sachen

E.\_\_\_\_

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Paul Rechsteiner, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Eugen Mätzler, Poststrasse 23, 9001 St. Gallen,



betreffend

Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Der 1959 geborene E.\_\_\_\_ war bei der A.\_\_\_\_ als Einpacker/Paketmacher tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als er am 13. März 2004 in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde. Der Versicherte hielt als angegurteter Lenker seines Personenwagens vor einer Kreuzung mit Rechtsvortritt an. Die Lenkerin des nachfolgenden Personenwagens konnte nicht mehr rechtzeitig bremsen und fuhr auf das Heck des stehenden Personenwagens des Versicherten auf (Suva-act. 1). Der vom Versicherten am 14. März 2004 konsultierte Notfallarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH stellte im Rahmen einer Beweglichkeitsprüfung der Halswirbelsäule (HWS) in allen Ebenen endphasige myogene Schmerzen in Nacken und Sternocleido mit Ausstrahlung in den linken Arm, jedoch nicht radikulär, fest (Suva-act. 2). Der weiterbehandelnde Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Arztzeugnis UVG vom 6. April 2004 ein zunehmendes cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma und wiederholte den Befund endphasiger Schmerzen bei Bewegung der HWS in alle Richtungen. In der Folge seien zunehmend Kopf- und Nackenschmerzen aufgetreten. Die aktuelle Untersuchung ergab Myogelosen rechts des Musculus trapezius, rechts cervical und rechts des Musculus sternocleidomastoideus sowie 1/3 bis 2/3 Bewegungseinschränkung in alle Richtungen. Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 15. März 2004, voraussichtlich ein bis zwei Monate (Suva-act. 2). Im Erhebungsblatt der Suva für die Abklärung von HWS-Fällen vom 21. April 2004 gab der Versicherte unter anderem an, mit dem Hinterkopf an die Kopfstütze geprallt zu sein. Innert Stunden nach dem Unfall habe er unter Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der linken Schulter und im Arm gelitten. Äusserlich sichtbare Verletzungen und ein Vorzustand in Form von früheren Nacken-, Kopf-, Schulter- oder



Rückenbeschwerden wurden verneint (Suva-act. 4). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 13. März 2004 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen).

b) Am 12. Mai 2004 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_. Laut gleichentags erstelltem Untersuchungsbericht fand dieser ein linksbetontes cervicobrachiales Syndrom ohne neurologische Ausfälle, wobei er den etwas verzögerten Verlauf in einem möglichen Zusammenhang mit der Traumatisierung des im Rahmen der parallel durchgeführten Röntgenuntersuchung im Röntgeninstitut Dr. med. E.\_\_\_\_ erhobenen degenerativen Vorzustandes (Suva-act. 11) sah. Vom 16. Juni bis 21. Juli 2004 hielt sich der Versicherte in der Klinik F.\_\_\_\_ zur stationären Rehabilitation auf. Im Austrittsbericht vom 27. Juli 2004 wurden ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom linksbetont ohne Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, lageabhängige Drehschwindelsensationen sowie eine unfallfremde Schwerhörigkeit diagnostiziert (Suva-act. 18). Die im Auftrag der Klinik F.\_\_\_\_ in der Klinik G.\_\_\_\_ am 24. Juni 2004 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS ergab im Liegen eine kyphotische Fehlhaltung, degenerative leichte Protrusionen C4 bis C7 ohne wesentliche Duralschlaucheindellung und ohne Neurokompressionen, ventralbetonte Spondylosen vorwiegend C4/5 und C5/6, jedoch keine Myelonbeeinträchtigung und keine Hinweise für eine diskoligamentäre Läsion (Suva-act. 16). Die Klinik F.\_\_\_\_ vereinbarte schliesslich mit dem Versicherten einen Arbeitseinsatz von 50% ab 23. August 2004 und einen solchen von 100% ab 27. September 2004 (Suva-act. 15).

c) Nachdem der Versicherte die Arbeit wegen angeblich starker Schmerzen am 25. August 2004 wieder niedergelegt hatte (Suva-act. 22, 23), teilte ihm die Suva mit Schreiben vom 27. August 2004 mit, es sei ihm aus medizinischer Sicht durchaus eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, weshalb er aufgefordert werde, die Tätigkeit wieder aufzunehmen. Einen allfälligen finanziellen Nachteil habe er selber zu tragen (Suva-act. 24). Vereinbarungsgemäss nahm der Versicherte die Arbeit am 27. September 2004 zu 100% auf (Suva-act. 31). Am 2. Dezember 2004 gab er gegenüber der Suva andauernde Beschwerden im Nacken und in der linken Schulter an, welche auch in die linke Rückenseite ausstrahlen würden. Die Kopfdrehungen, die Armbewegungen links sowie die Kraft seien ebenfalls etwas eingeschränkt bzw. vermindert. Er fühle sich oft auch müde. Daneben leide er unter Kopfweg im Stirnbereich und seitlich am Kopf. Er verrichte die angestammte Tätigkeit, obwohl es beschwerlich sei. Trotzdem erbringe er



eine normale Leistung, denn er wolle den Job nicht verlieren. Es werde jedoch seines Erachtens immer schwieriger (Suva-act. 29). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 20. Dezember 2004 hielt Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem fest, dass objektiv keine Verschlechterung bezüglich HWS-Mobilität und Myogelosen eingetreten sei. Im Heilungsverlauf würden unfallfremde Faktoren, konkret degenerative HWS-Veränderungen sowie psychosoziale, transkulturelle Faktoren, mitspielen (Suva-act. 31). Am 21. Februar 2005 fand eine Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin statt, deren Ergebnisse in einem Bericht vom 7. März 2005 festgehalten wurden (Suva-act. 35). Am 16. März 2005 meldete die A.\_\_\_\_ der Suva eine erneute Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab 14. März 2005 (Suva-act. 41). Nach Einholung eines ärztlichen Zwischenberichts bei Dr. C.\_\_\_\_ vom 29. März 2005 (Suva-act. 42) bekräftigte die Suva mit Schreiben vom 12. April 2005 gegenüber dem Versicherten, dass in der Zwischenzeit keine Verschlimmerung bzw. Befundverschlechterung eingetreten sei. Die Suva werde demnach weiterhin an der vollen Arbeitsfähigkeit festhalten (Suva-act. 36). Am 22. April 2005 liess sich Dr. D.\_\_\_\_ durch Dr. C.\_\_\_\_ telefonisch über den Gesundheitszustand des Versicherten informieren. Der objektive Befund an der HWS sei unverändert. Vorhanden seien fluktuierend muskuläre Verspannungen, was nichts Neues sei. Die Zustandsverschlechterung sei eindeutig auf die psychische Problematik zurückzuführen. Der Kreisarzt hielt dazu gleichentags fest, dass angesichts der Berichte der Klinik F.\_\_\_\_ und von Dr. H.\_\_\_\_ sowie des MRI-Ergebnisses der Klinik G.\_\_\_\_ von organischer Seite her mit weiteren Abklärungen und Therapien nichts mehr geboten werden könne. Eine neue kreisärztliche Untersuchung bringe keine neuen Aspekte mehr. Angesichts der psychischen Problematik empfehle er die Zuweisung an einen Fachpsychiater. Es sei wahrscheinlich, dass die psychische Erkrankung nicht als Unfallfolge vom 13. März 2004 interpretiert werden könne (Suva-act. 47). Mit Schreiben vom 24. Mai 2005 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten auf den 31. August 2005 (Suva-act. 60).

d) Mit Verfügung vom 20. Juli 2005 eröffnete die Suva dem Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. P. Rechsteiner, St. Gallen, dass aufgrund der medizinischen Unterlagen, insbesondere mit Blick auf den Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 29. März 2005, angenommen werden könne, dass keine ins Gewicht fallenden Beschwerden mehr vorliegen würden, welche auf den Unfall vom 13. März 2004



zurückzuführen seien. Die degenerativen Veränderungen an der HWS würden durch die Ärzte als leicht bezeichnet. Die jetzt noch geklagten Beschwerden seien organisch als Folge des erlittenen Unfalls nicht mehr erklärbar. Gemäss fachärztlicher Beurteilung seien psychische Gründe dafür verantwortlich. Letztere stünden jedoch nicht in einem rechtserheblichen Zusammenhang zum Unfall. Ihre Leistungen würden deshalb "mit dem heutigen Tag" eingestellt. Aus medizinischer Sicht hinterlasse der Unfall vom 13. März 2004 keine Folgen, welche die Erwerbsfähigkeit messbar beeinträchtigen könnten. Ebenso resultiere keine unfallbedingte bleibende Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität. Somit seien die Voraussetzungen für weitere Geldleistungen (Invalidenrente/Integritätsentschädigung) nicht erfüllt (Suva-act. 68).

B.- Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 22. August 2005 Einsprache erheben (Suva-act. 77). Dabei stützte er sich auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie vom 20. August 2005. Bei diesem Arzt befand sich der Versicherte seit 7. Juli 2005 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (Suva-act. 76). Die Suva wies die Einsprache mit Entscheid vom 16. Februar 2006 ab (Suva-act. 86).

C.- a) Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 8. Mai 2006 Beschwerde erheben mit den Anträgen, der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. Februar 2006 und die Verfügung vom 20. Juli 2005 seien aufzuheben. Es seien dem Beschwerdeführer ab dem 20. Juli 2005 weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen. Es sei ein fachmedizinisches Gutachten einzuholen oder die Angelegenheit zu diesem Zweck an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) In der Beschwerdeantwort vom 9. August 2006 beantragte der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin, Rechtsanwalt Dr. iur. E. Mätzler, St. Gallen, Abweisung der Beschwerde.

c) Mit Replik und Duplik vom 4. bzw. 19. September 2006 hielten die Parteien unverändert an ihren Anträgen fest.



d) Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften wird, soweit entscheidend, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Beide Parteien haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

II.

1.- Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 13. März 2004 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Streitig ist, ob sie auch für die nach dem 20. Juli 2005 (Leistungseinstellung) geltend gemachten gesundheitlichen Probleme aufzukommen hat.

2.- a) 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 und 399 sowie 117 V 359 und 369). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 und 118 V 289). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a). Nicht jeder natürliche Kausalzusammenhang ist zugleich in rechtlicher Hinsicht adäquat. Der adäquate Kausalzusammenhang ist ein Korrektiv zum naturwissenschaftlichen Ursachenbegriff, der vom Recht als natürliche Kausalität übernommen wurde, aber der Einschränkung bedarf, um für die rechtliche Verantwortlichkeit tragbar zu sein und eine vernünftige Begrenzung der Haftung zu ermöglichen (BGE 122 V 415 E. 2c und 123 III 110 E. 3a).



b) Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) bzw. nur klinisch fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch die klinischen Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine solche Verletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Bei blossen Klagen über diffuse Beschwerden, d.h. gesundheitliche Beeinträchtigungen, welche weder klinisch fassbar sind noch ein organisches Substrat im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen haben, gebietet es bereits an der natürlichen Kausalität, womit sich eine Adäquanzbeurteilung sowieso erübrigt (vgl. dazu BGE 119 V 340 f.).



3.- Aus den Akten geht eindeutig hervor, dass die vom Beschwerdeführer über den 20. Juli 2005 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Die bildgebenden Untersuchungen, d.h. die röntgenologischen Untersuchungen durch Dr. B.\_\_\_\_ und das Röntgeninstitut Dr. E.\_\_\_\_ vom 14. März bzw. 12. Mai 2004 (Suva-act. 2, 11) sowie die in der Klinik G.\_\_\_\_ am 24. Juni 2004 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS (Suva-act. 16) ergaben keine Hinweise für das Vorliegen posttraumatischer, insbesondere discoligamentärer Läsionen oder einer Myelonbeeinträchtigung. Sichtbar waren jedoch leichte Protrusionen C4 bis C7 ohne wesentliche Dural-schlaucheindellungen und Neurokompressionen sowie leichte Spondylosen, vorwiegend im Bereich von C4/5 und C5/6, deren Ursache unbestrittenermassen degenerativer Natur ist. In den medizinischen Berichten werden einzig verschiedene Myogelosen, Druckdolenzien sowie Bewegungseinschränkungen in Bezug auf die HWS beschrieben (Suva-act. 2, 8, 18, 27, 31, 35, 47), welche laut Rechtsprechung des EVG grundsätzlich kein klar fassbares, organisches Substrat darstellen (vgl. Urteile des EVG vom 3. August 2005 i/S M., E. 4 [U 9/05]; 23. November 2004 i/S B., E. 2.2 [U 109/04]). Mit der in den medizinischen Berichten übereinstimmend gestellten Diagnose eines cervicalen Schmerzsyndroms (Suva-act. 2, 8, 18, 35) ist das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen ebenfalls nicht automatisch ausgewiesen. Laut ROCHE LEXIKON MEDIZIN, (München 1984, S. 1540), 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 fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Die Diagnose selbst ist somit rein deskriptiver Natur.

4.- a) Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertraumen sowie bei äquivalenten Verletzungen der HWS (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Dabei ist es nicht entscheidend, ob die im Anschluss an solche Verletzungen auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen



Beschwerdebildes gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine Distorsion der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

b) Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn bei der Auffahrkollision durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne anzuprallen - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, sollte nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion gesprochen werden (vgl. diesbezüglich THOMAS LOCHER, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: MURER/NIEDERER/RADANOV/RUMO-JUNGO/STURZENEGGER/WALZ [Hrsg.], Das sogenannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, 31 f.). Dr. C. \_\_\_ stellte im Arzteugnis UVG vom 6. April 2004 die Diagnose eines Status nach HWS-Distorsionstrauma (Suva-act. 2). Angesichts der obigen Darlegungen ist jedoch bezogen auf das streitige Ereignis bzw. den fraglichen Unfallmechanismus - ein nachfolgender Personenwagen fuhr mit der Front gegen das Heck des Personenwagens des Beschwerdeführers (Suva-act. 1) - eher ein eigentliches Schleudertrauma in Betracht zu ziehen. Ob der Beschwerdeführer ein eigentliches Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat, braucht jedoch - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - nicht abschliessend geklärt zu werden. Es darf jedenfalls angenommen werden, dass der Beschwerdeführer eine Verletzung im HWS-Bereich erlitten hat, auch wenn sich diese unbestrittenermassen nicht als strukturelle Veränderung zeigte. Abzuklären bleibt somit, ob bzw. inwieweit die geklagten Beschwerden aufgrund des HWS-Traumas auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde als (weiterhin) unfallkausal zu bezeichnen sind.

5.- a) Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer pathologischer (unfallbedingter)



Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung müssen bei einem HWS-Schleudertrauma oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung zudem die Beschwerden und medizinischen Befunde in der Halsregion oder an der HWS gemäss einem einhellig anerkannten biologischen Basisprinzip notwendigerweise innert 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten, damit sie diesem zugerechnet werden können (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Allein aufgrund des Umstandes, dass keine Häufung von typischen Beschwerden gegeben ist, lässt sich das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung als solche nicht verneinen. Die fehlende Häufung spielt jedoch bei der Prüfung der natürlichen Kausalität ein wesentliche Rolle.

b) Im Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 14. März 2004 wurden endphasig myogene Schmerzen im Nackenbereich sowie im Bereich des Musculus sternocleidomastoideus vermerkt (Suva-act. 2) Dr. C.\_\_\_\_ führte im Arztzeugnis UVG vom 6. April 2004 endphasige Schmerzen bei HWS-Bewegung in alle Richtungen und in der Folge zunehmende Kopf- und Nackenschmerzen an (Suva-act. 2). Im Erhebungsblatt der Beschwerdegegnerin für die Abklärung von HWS-Fällen vom 21. April 2004 nannte der Beschwerdeführer innert Stunden nach dem Unfall aufgetretene Nackenschmerzen, ausstrahlend in die linke Schulter und in den Arm, sowie Kopfschmerzen (Suva-act. 4). Gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte der Beschwerdeführer die im Erhebungsblatt angegebenen Beschwerden, verneinte dagegen einen Bewusstseinsverlust und Gedächtnisstörungen. Beim raschen Aufstehen verspüre er jedoch einen "Trümmel", der nach kurzer Zeit verschwinde (Suva-act. 8). Auf Befragung der Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer laut Austrittsbericht vom 27. Juli 2004 erneut die Nacken- und Kopfschmerzen sowie neu vier Stunden nach dem Unfall aufgetretene Schwindelsensationen und Ohrenscherzen beidseits an (Suva-act. 18). Laut Telefonnotiz von Dr. D.\_\_\_\_ über ein mit Dr. C.\_\_\_\_ am 23. November 2004 geführtes Telefongespräch, orientierte der Beschwerdeführer sodann seinen Hausarzt über schlechten Appetit, Schlafstörungen, Freudlosigkeit sowie Introvertiertheit (Suva-act. 28). Gegenüber Dr. H.\_\_\_\_ bezeichnete der Beschwerdeführer am 21. Februar 2005 als



aktuelle Beschwerden Nacken- und Kopfschmerzen mit Schmerzausstrahlung in den Schultergürtel beidseits, links gelegentlich bis in den Oberarm. Wenn er übermüdet sei, werde es ihm häufig auch schwindlig verbunden mit Nausea (Suva-act. 35). Anlässlich der Vorstellung bei Dr. C.\_\_\_\_ am 14. März 2005 klagte der Beschwerdeführer abermals über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindelbeschwerden (Suva-act. 42).

c) Aus obiger Aktenlage ist zu schliessen, dass beim Beschwerdeführer innerhalb der erforderlichen Latenzzeit Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten sind. Dass dies auch für die nachfolgend wiederholt angeführten Schwindelbeschwerden gilt, ist jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Nachdem die fraglichen Beschwerden gegenüber den erstuntersuchenden Ärzten Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ trotz zwischenzeitlich eingetretenem zeitlichem Abstand zum Unfall (eine Konsultation bei Dr. C.\_\_\_\_ ist erstmals vom 6. April 2004 belegt) unerwähnt geblieben sind, finden sie sich vor allem auch nicht im Erhebungsblatt der Beschwerdegegnerin für die Abklärung von HWS-Fällen. Dies, obwohl der Beschwerdeführer darin ausdrücklich und detailliert nach seinen subjektiven Beschwerden nach dem Unfall, nach Art und Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens geordnet, befragt wurde. Von eigentlichen Schwindelbeschwerden sprach der Beschwerdeführer erst drei Monate nach dem Unfall im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Klinik F.\_\_\_\_. Der gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ angeführte "Trümmel" beim raschen Aufstehen stellt nichts Aussergewöhnliches dar und wurde vom Beschwerdeführer offensichtlich auch nicht als solches, d.h. in der Ausprägung von Schwindelbeschwerden, betrachtet. Die weiteren in Ziff. 5b genannten Beschwerden wurden jeweils nur einmal im Rahmen späterer ärztlicher Untersuchungen und nicht ausdrücklich als innerhalb der erforderlichen Latenzzeit aufgetreten erwähnt. Allein mit Kopf- und Nackenschmerzen kann nun allerdings nicht von einem Leidensprofil mit einer Häufung von für einen Beschleunigungsmechanismus der HWS typischen Beschwerden ausgegangen werden (vgl. Urteile des EVG vom 2. März 2005 i/S S., E. 4.2 [U 309/03]; 23. November 2004 i/S B., E. 2.2 [U 109/04]; 12. Juli 2002 i/S M., E. 3b/aa [U 34/02]; 7. Februar 2002 i/S J., E. 3a [U 431/00]).

6.- a) Mit Blick auf diese Entwicklung (kein fassbarer pathologischer Befund; keine Häufung schleudertraumatypischer Beschwerden) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weder an somatischen Beschwerden noch an den Folgen eines



Schleudertraumas der HWS oder einer äquivalenten Verletzung leidet. Grundsätzlich ist demnach die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 13. März 2004 und den geklagten Beschwerden als Folgen eines Schleudertraumas der HWS oder einer äquivalenten Verletzung von Anfang an zweifelhaft. Selbst wenn jedoch von einer solchen ausgegangen wird, gilt es sie zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (20. Juli 2005) zu verneinen.

b) Die in den Akten liegenden medizinischen Berichte bestätigen dieses Bild. Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ erachtete die geklagten Beschwerden bzw. den etwas verzögerten Verlauf bereits anlässlich seiner Untersuchung vom 12. Mai 2004 als mit dem unfallfremden degenerativen Vorzustand des Beschwerdeführers im Bereich der HWS zusammenhängend (Suva-act. 8). Auch in den Berichten der Klinik F.\_\_\_\_ vom 19. und 27. Juli 2004 wurden die vorbestandenen degenerativen Veränderungen im Rahmen der gestellten Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas immer als begleitender Faktor genannt. Dem Beschwerdeführer wurde ausserdem in Bezug auf seine angestammte Tätigkeit ab 23. August 2004 eine 50%ige und ab 27. September 2004 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Suva-act. 15, 18). Während Dr. C.\_\_\_\_ im Arzteugnis UVG vom 6. April 2004 die Ausschliesslichkeit von Unfallfolgen trotz des ihm bekannten Vorzustands noch bejahte (Suva-act. 2), bezeichnete er diesen im ärztlichen Zwischenbericht vom 5. Oktober 2004 als im Heilungsverlauf mitspielenden unfallfremden Faktor (Suva-act. 27). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 20. Dezember 2004 führte er als weitere unfallfremde Faktoren psychosoziale und transkulturelle Faktoren an (Suva-act. 31). Dr.H.\_\_\_\_ legte sodann in seinem Bericht vom 7. März 2005 dar, gesamthaft habe er nicht den Eindruck, dass der Beschwerdeführer stark behindernde Schmerzen habe. Er denke vielmehr, dass der übergewichtige Beschwerdeführer viel arbeiten müsse, sich allgemein etwas müde fühle und seine Beschwerden etwas überbetone. Er denke, dass man den Beschwerdeführer immer wieder darauf hinweisen müsse, dass nichts Ernsthaftes vorliege und dass es mit seiner bestimmten Führung mit der Zeit zu einer spontanen Besserung kommen werde (Suva-act. 35). Am 29. März 2005 bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ in einem weiteren ärztlichen Zwischenbericht den degenerativen Vorzustand an der HWS als im Heilungsverlauf mitspielenden unfallfremden Faktor und führte zudem eine depressive Entwicklung an (Suva-act. 42). Gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ hielt Dr. C.\_\_\_\_ am 22. April 2005 telefonisch fest,



dass der objektive Befund an der HWS unverändert sei, fluktuierend muskuläre Verspannungen, nichts Neues. Die Zustandsverschlechterung sei eindeutig auf die psychisch-psychiatrische Problematik zurückzuführen. Dr. D.\_\_\_\_ fügte dem unter Hinweis auf die Berichte der Klinik F.\_\_\_\_ und von Dr. H.\_\_\_\_ sowie das Ergebnis der MRI-Untersuchung der HWS hinzu, dass von organischer Seite her mit weiteren Abklärungen und Therapien nichts geboten werden könne. Eine neue kreisärztliche Untersuchung werde keine neuen Aspekte bringen (Suva-act. 47).

c) Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers stimmen die vorgenannten medizinischen Berichte bzw. ärztlichen Äusserungen allesamt überein. Ein somatischer Gesundheitsschaden oder Folgen eines Schleudertraumas der HWS lassen sich daraus nicht ableiten. Der Beschwerdeführer wurde von den Dres. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ sowie H.\_\_\_\_ und insbesondere im Rahmen seines stationären Aufenthalts in der Klinik F.\_\_\_\_ eingehend untersucht. In der Klinik F.\_\_\_\_ fand laut Austrittsbericht vom 27. Juli 2004 auch eine neurologische Untersuchung statt, deren Ergebnisse unauffällig waren (Suva-act. 18). Nachdem aufgrund der Anamnese eine radikuläre Ausfallsymptomatik zu jedem Zeitpunkt ausgeschlossen werden konnte, drängte sich eine weitere neurologische Untersuchung offensichtlich nicht auf (Suva-act. 2, 11, 35). Die Anregung einer neurologischen Untersuchung von Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 20. August 2005 ist schliesslich in keiner Weise begründet (Suva-act. 76). Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt umfassend abgeklärt wurde und von weiteren ärztlichen Untersuchungen keine neuen medizinischen Erkenntnisse erwartet werden können. Dem entsprechenden Antrag des Beschwerdeführers ist demnach nicht stattzugeben (BGE 124 V 94 E. 4b; RKUV 2003 Nr. U 473 S. 50 E. 3.4 mit Hinweisen).

d) Auch von Seiten der medizinischen Forschung (GERHARD JENZER, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, in: SZS 1996 S. 462 ff.) wird festgehalten, der typische posttraumatische Verlauf nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma bzw. einer Beschleunigungsverletzung entspreche einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen (JENZER, a.a.O., S. 467). Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirn- bzw. HWS-Schädigung nach einer Interpretation ausserhalb



einer hirnorganischen Schädigung bzw. Schädigung im HWS-Bereich rufen (JENZER, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch B. P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Im Übrigen ist von Bedeutung, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten kann, wenn sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f.).

7.- a) Aus den obigen Darlegungen ergibt sich - wie auch in den medizinischen Akten wiederholt erwogen (vgl. Suva-act. 8, 27, 31, 42, 47) -, dass für die Zeit nach dem 20. Juli 2005 die geklagten Beschwerden, soweit nicht durch Degeneration bedingt, allenfalls als Folgen einer psychischen Problematik zu betrachten sind. Eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen wird offensichtlich von keiner Seite erwogen. In Betracht gezogen wurde höchstens, dass das Unfallereignis im Sinn eines auslösenden Faktors ursächlich für die danach auftretenden Schmerzen gewesen und der degenerative Vorzustand lediglich vorübergehend verschlimmert worden sein könnte (Suva-act. 8). Die medizinische Literatur (BÄR/KIENER, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45 ff.) geht davon aus, dass nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule - wie er auch konkret vorliegt - nach spätestens einem Jahr eine im vorliegenden Fall anzunehmende vorübergehende Verschlimmerung als abgeschlossen zu betrachten ist.

b) Für psychische Leiden hat die Unfallversicherung ebenfalls nur bei Vorliegen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zum Unfall vom 13. März 2004 einzustehen. Ob der natürliche Kausalzusammenhang gegeben ist, kann jedoch offen bleiben, da die Adäquanz - wie sich aus dem Folgenden ergibt - nach der Rechtsprechung des EVG zu verneinen ist. Eine psychische Komponente wurde, wie bereits erwähnt, erstmals von Dr. C.\_\_\_\_ im ärztlichen Zwischenbericht vom 20. Dezember 2004 geäußert und in seinen nachfolgenden Berichten bzw. Stellungnahmen uneingeschränkt bestätigt (Suva-act. 31, 42, 47). Die auf kreisärztliche Empfehlung (Suva-act. 47) erfolgte Zuweisung des Beschwerdeführers an einen Psychiater ergab laut Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 20. August 2005 als Diagnose eine prolongierte Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik nach Schleudertrauma am 13. März 2004 (ICD-10 F43.23). Der Beschwerdeführer sei zur



Zeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 76). Im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids war dieser Bericht aktenkundig (vgl. dazu BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen, 119 V 350 E. 2b; RKUV 1991 Nr. U 120 S. 94). Angesichts dieser Sachlage kann von einer eindeutigen Dominanz der psychischen Überlagerung gesprochen werden. Auch die zeitliche Dimension lässt eine derartige Schlussfolgerung als wahrscheinlich erscheinen. Somit hat die Beurteilung der

Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Regeln (BGE 115 V 133 ff.) und nicht nach denjenigen bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.) zu erfolgen (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen).

c) Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat kausalen Zusammenhangs zwischen Unfall und psychischer Gesundheitsschädigung zutreffend dar (Erwägungen Ziff. 4); darauf ist zu verweisen.

d) Die Parteien sind sich - zu Recht - einig, dass der Unfall des Beschwerdeführers bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 55 ff.) den mittelschweren Unfällen zuzuordnen ist. Zu Recht wird nicht geltend gemacht, das Unfallereignis vom 13. März 2004 sei besonders eindrücklich gewesen oder unter besonders dramatischen Begleitumständen abgelaufen. Der Berücksichtigung dieses Kriteriums liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, beim Betroffenen während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht - sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse -, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/bb). In Bezug auf den vorliegenden



Unfall sind keine besonderen Begleitumstände ersichtlich. Der Unfall hat sich offensichtlich für den Beschwerdeführer schnell und unvorbereitet, d.h. also ohne Konfrontation mit einer auf ihn zukommenden Gefahr, abgespielt (vgl. dazu Suva-act. 2). Offensichtlich erlebten die Unfallbeteiligten den Unfall auch subjektiv nicht als eindrücklich. So waren sie augenscheinlich ohne weiteres fähig, den Unfall selbständig, d.h. ohne Beizug der Polizei, abzuwickeln (vgl. Suva-act. 6). Insofern als der Wert des Personenwagens des Beschwerdeführers im Unfallzeitpunkt laut Schadenberechnung des Haftpflichtversicherers des Beschwerdeführers vom 22. März 2004 ohnehin nur noch Fr. 2'000.-- betrug (act. G 9.1), lässt auch ein so genannter Totalschaden nicht auf besonders dramatische Begleitumstände schliessen. Die im Schadenformular vom Beschwerdeführer vermerkten Blechschäden (insbesondere Kofferraum und verschobene Stossstange) entsprechen ebenfalls ohne weiteres diesem Schluss. Angesichts dieser Aktenlage erübrigt sich der Beizug der Akten des Haftpflichtversicherers. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist ebenso nicht erfüllt. Die nach dem HWS- bzw. Schleudertrauma aufgetretenen Kopf- und Nackenschmerzen mögen zwar als unangenehm bezeichnet werden, sind jedoch als Auswirkung eines Unfalls in keiner Weise einer schweren oder besonderen Verletzung gleichzusetzen. Da der Beschwerdeführer, eigenen Angaben zufolge, Sicherheitsgurten getragen und die Kopfstütze korrekt eingestellt hatte, im Zeitpunkt der Kollision nach vorne schaute und auch jederzeit bei vollem Bewusstsein war, sind erschwerende Umstände auszuschliessen. Strukturelle Schädigungen oder äussere Verletzungen hat der Beschwerdeführer bekanntlich keine erlitten. Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sind aus den medizinischen Akten nicht ersichtlich. Im Zusammenhang mit der Frage der Dauer der Behandlung und der körperlichen Dauerschmerzen ist zu beachten, dass das nach dem HWS- bzw. Schleudertrauma aufgetretene Beschwerdebild - wie in den Erwägungen 5 und 6 ausgeführt - spätestens 16 Monate nach dem Unfall nicht mehr durch organische, sondern allenfalls durch psychische oder degenerative Faktoren aufrechterhalten bzw. begründet wurde, der psychische und degenerative Gesundheitsschaden aber nicht in die Adäquanzbeurteilung einbezogen werden darf (BGE 123 V 99 E. 2a). Erstmals erwähnt wurden psychologische Faktoren sogar bereits im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2004. Bei diesen Zeitspannen kann nicht von einer ungewöhnlich



langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Abgesehen von einem rund einmonatigen stationären Aufenthalt in der Klinik F.\_\_\_\_ zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erfolgte sodann lediglich die Abgabe schmerzlindernder Medikamente im Rahmen hausärztlicher Kontrolluntersuchungen. Irgendwelche andere intensive Therapien wurden keine durchgeführt.

Physiotherapeutische Behandlungen können jedenfalls nicht als solche betrachtet werden. Körperlich bedingte Dauerschmerzen sind dementsprechend ebenfalls zu verneinen. Dem Grad und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kommt schliesslich auch kein besonderes Gewicht zu, nachdem diesbezüglich dem Beschwerdeführer von der Klinik F.\_\_\_\_ bereits fünf Monate nach dem fraglichen Unfall in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und einen weiteren Monat später sogar wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Die nach anfänglicher Einhaltung dieser Arbeitsfähigkeitsgrade erfolgte Niederlegung der Arbeit durch den Beschwerdeführer im März 2005 - erklärt mit einer

Zustandsverschlechterung -, wurde von den Ärzten ausnahmslos als psychisch begründet beurteilt (Suva-act. 47, 42). Entsprechend hielt Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. August 2005 eine aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest (Suva-act. 76). Mangels bleibender physischer Verletzungen erübrigen sich schliesslich auch die Fragen nach der Schwierigkeit des Heilungsverlaufs und nach der Erheblichkeit von diesbezüglichen Komplikationen. Damit ist von den massgebenden Kriterien kein einziges erfüllt. Angesichts der geschilderten Umstände ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass der in Frage stehende Unfall nicht geeignet war, die bestehenden (psychisch) bedingten Beschwerden des Beschwerdeführers auch über den 20. Juli 2005 hinaus adäquat kausal zu beeinflussen. Die Einstellung der Leistungen auf dieses Datum hin lässt sich daher nicht beanstanden. Infolge Verneinung eines adäquaten Kausalzusammenhangs erübrigt sich schliesslich auch eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung.

8.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 16. Februar 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.