



**Fall-Nr.:** UV 2012/46  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 24.12.2020  
**Entscheiddatum:** 20.08.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 20.08.2013**

**Art. 6 UVG. Unfallkausalität von Beschwerden nach schleudertraumaähnlicher Verletzung. Frage der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2013, UV 2012/46).**

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,  
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 20. August 2013

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Bolt, Auerstrasse 2, Postfach 91,  
9435 Heerbrugg,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

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



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als er am 20. Januar 2011 als Lenker eines Personenwagens mit einem anderen Fahrzeug seitlich-frontal zusammenstoss (UV-act. 1, 9, 17). Im Bericht des Landeskrankenhauses F.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2011 wurde beim Versicherten eine Thoraxprellung links diagnostiziert. Er habe eine Schmerzhaftigkeit im Bereich der LWS; hier vorbestehend sei eine Bandscheibenproblematik mit Grosszehenheberschwäche links 4 und 5. Im Bereich der HWS, BWS und LWS sei im Röntgenbefund keine aktuelle Frakturlinie erkennbar bei degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren HWS bei leichter Skoliose (UV-act. 3). Im Arztzeugnis des Landeskrankenhauses vom 8. Februar 2011 wurde zusätzlich unter anderem ein HWS-Distorsions-Trauma vermerkt und festgehalten, dass ein Trauma-CT angefertigt worden sei; dort seien keine Frakturen oder ähnliches beschrieben worden. Es bestehe eine massive Spondylose der HWS mit Osteophytenbildung und deutlichen Uncarthrosen. Der Versicherte berichte auch über eine psychische Belastung nach dem Unfall (UV-act. 23 S. 3). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 25. März 2011 bestätigten die Spitalärzte eine Wirbelsäulen-Distorsion sowie vorbestehende degenerative Wirbelveränderungen und einen sehr zögerlichen Heilverlauf (UV-act. 24). Am 23. Februar 2011 hatte der Versicherte berichtet, dass er in der Anfangsphase nur bedingt bei Bewusstsein gewesen sei, da er nur eine lückenhafte Erinnerung an das Unfallgeschehen habe. Nach dem Unfall hätten Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung bis zum Gesäss bestanden (UV-act. 9).

A.b Nach Durchführung von ärztlichen Behandlungen und Abklärungen eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 2. September 2011, aufgrund des kreisärztlichen Untersuchungsberichtes vom 30. August 2011 (UV-act. 77) lägen heute keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vor. Die jetzt noch geklagten



Beschwerden seien organisch als Folge des erlittenen Unfalles nicht mehr erklärbar. Psychische Gründe seien dafür verantwortlich. Diese seien nicht adäquat unfallkausal. Die Leistungen würden daher auf den 5. September 2011 eingestellt. Mangels adäquat kausaler Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung (UV-act. 78). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. 121) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 29. März 2012 (UV-act. 134) ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt lic. iur. Th. Bolt, Heerbrugg, für den Versicherten am 15. Mai 2012 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die Verfügung (Einspracheentscheid) vom 29. März 2012 sei aufzuheben. Dem Beschwerdeführer seien aufgrund des Unfalles vom 20. Januar 2011 die gemäss UVG vorgesehenen Versicherungsleistungen auszurichten, insbesondere Taggelder sowie Kosten für die laufenden medizinischen Behandlungen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren (medizinischen) Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung legte der Rechtsvertreter unter anderem dar, beim Beschwerdeführer sei nach dem Unfall vom 20. Januar 2011 das für HWS-Verletzungen typische Beschwerdebild aufgetreten. Vor dem Unfall sei er grundsätzlich beschwerdefrei gewesen. Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien letztmals im Jahr 2008 behandelt worden. Es sei nicht nötig, dass das Unfallereignis alleinige Ursache der Beschwerden sei. Die natürliche Unfallkausalität sei auch zu bejahen, wenn das Unfallereignis zusammen mit anderen Bedingungen zu diesen Folgen geführt habe. Die Heilbehandlung des Beschwerdeführers sei entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin noch nicht abgeschlossen. Dies ergebe sich aus dem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 14. Juli 2011 (UV-act. 66). Die Prüfung der adäquaten Unfallkausalität sei verfrüht erfolgt. Selbst wenn man zum Schluss komme, dass die Adäquanzprüfung nicht zu früh erfolgt sei, seien weiterhin Versicherungsleistungen auszurichten, da die Adäquanz zu bejahen sei. Die beteiligten Fahrzeuge hätten Totalschaden erlitten, und der Beschwerdeführer habe durch die Feuerwehr aus dem Fahrzeug befreit werden müssen. Entgegen der biomechanischen Kurzbeurteilung (UV-act. 58) sei davon auszugehen, dass das delta-v einiges mehr als 30 km/h betragen habe. So habe der Beschwerdeführer glaubhaft angegeben, dass er



mit ca. 45 km/h gefahren sei. Dies korreliere mit den massiven Schäden an beiden Fahrzeugen. Demzufolge sei das Unfallereignis als klar mittelschwer, eher gegen schwer einzustufen. Es seien mehrere Adäquanzkriterien erfüllt.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 9. August 2012 beantragte Rechtsanwältin Dr. iur. M. Sonder, Muri, für die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Einspracheentscheid und führte unter anderem aus, weder die Unfallverursacherin noch die Ärzte des Landeskrankenhauses F.\_\_\_\_ (UV-act. 23) hätten einen Bewusstseinsverlust in dem vom Beschwerdeführer behaupteten Sinn festzustellen vermocht. Die für eine HWS-Distorsion typischen Beschwerden seien nicht zeitnah und lückenlos dokumentiert. Falsch sei ferner die Aussage, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, Rorschach, habe ein Schädelhirn-Trauma attestiert (UV-act. 59). Im Weiteren seien die Sehbeschwerden (UV-act. 116, 119, 133) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Die medizinischen Abklärungen hätten keine unfallbedingten strukturellen Läsionen oder neurologischen Schädigungen ergeben. Aufgrund der Akten- und Beweislage könne der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und dem Unfallereignis nicht ohne Weiteres bejaht werden. Die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang vorliege, könne jedoch offenbleiben, da die Adäquanz zu verneinen sei. Die zum typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma der HWS (oder einer gleichgestellten Verletzung) gehörenden Beeinträchtigungen seien teilweise gegeben. Im Vergleich dazu stehe die ausgeprägte psychische Problematik aber ganz im Vordergrund. Die Adäquanzprüfung habe deshalb unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung zu erfolgen. Eine Behandlungsbedürftigkeit der somatischen Beschwerden werde nicht erwähnt. Der Einwand des verfrühten Fallabschlusses bzw. der verfrühten Adäquanzprüfung könne somit nicht gehört werden. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Zuordnung des Unfalls zu den mittelschweren im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen lasse sich nicht beanstanden. Die diesbezüglichen Adäquanzkriterien seien nicht im erforderlichen Umfang erfüllt (act. G 5). Mit Eingabe vom 5. September 2012 hielt die Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin ergänzend fest, der Beschwerdeführer habe beim Unfall nicht von der Feuerwehr aus dem Auto befreit werden müssen. Die Feuerwehr sei nur zufällig am Ort vorbeigefahren und habe die Polizei spontan



## St.Galler Gerichte

unterstützt. Sie habe sich vor allem um die Verkehrsregelung und die Reinigung der Fahrbahn gekümmert. Der Beschwerdeführer sei ohne besondere Intervention der Feuerwehr geborgen worden (act. G 10, 10.1).

B.c Mit Replik vom 22. Oktober 2012 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Anträge und Ausführungen (act. G 13). Mit Eingabe vom 26. Oktober 2012 reichte er einen Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 4. September 2012 nach (act. G 16).

B.d In der Duplik vom 20. Februar 2013 hielt die Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest und reichte unter anderem einen Ermittlungs- und Observationsbericht vom 17. Oktober 2012 sowie Suva-fachärztliche Aktenbeurteilungen (act. G 24.1 Beilagen 1-7) ein.

B.e Mit Eingabe vom 6. Mai 2013 nahm der Rechtsvertreter zu den mit der Duplik eingereichten neuen Beweismitteln Stellung (act. G 32).

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 20. Januar 2011 ausgerichteten Versicherungsleistungen (Heilungskosten, Taggelder) auf den 5. September 2011 zu Recht einstellte oder nicht, und ob der Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu Recht mit Hinweis auf die fehlende Unfallkausalität verneint wurde. Im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 2-5) legte sie die rechtlichen Voraussetzungen der natürlichen und adäquaten Unfallkausalität von somatischen und psychischen Beschwerden zutreffend dar; hierauf ist zu verweisen.

2.

2.1 Ein beim Beschwerdeführer im Kantonsspital St. Gallen durchgeführtes MRI der Wirbelsäule (HWS, BWS und LWS) vom 19. April 2011 ergab gemäss Bericht vom 19. April 2011 keinen Anhaltspunkt für eine diskoligamentäre Verletzung. Im Vergleich



zur Voruntersuchung vom 8. August 2008 (UV-act. 50, 51) bestünden in etwa stationäre degenerative Veränderungen. Eine Nervenwurzelkompression wurde verneint (UV-act. 49). Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 2. Mai 2011, der Beschwerdeführer leide seit langem unter diffusen Rückenbeschwerden. 1996 habe er ihn einmal behandelt. Er habe ihn dann 10 Jahre nicht mehr gesehen. 2006 sei er wieder mit Schmerzen im Rücken (lumbal und nuchal sowie BWS) gekommen. Damals sei eine Abklärung auf der Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallen (Bericht vom 21. August 2006 mit der Diagnose eines rezidivierenden Zervikal- und Lumbovertebralsyndroms) vorgenommen worden (UV-act. 44). Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 12. Mai 2011 wurden als Diagnose Zervikalgien und Lumbalgien bei Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion und Thoraxkontusion vom 20. Januar 2011 festgehalten. Die vom Patienten geäusserte Beschwerdesymptomatik könne nicht mit den nur diskreten Veränderungen im MRI korreliert werden. Subjektiv fühle er sich massiv eingeschränkt. Die beschriebenen sensomotorischen Läsionen zeigten kein anatomisches Korrelat. Mit einer operativen Intervention könne keine Verbesserung erzielt werden. Es werde die analgetische Einstellung in der Schmerzprechstunde empfohlen, dies vor allem zum Schutz vor einer Chronifizierung der Beschwerden. Die physiotherapeutische Behandlung sei weiterzuführen (UV-act. 46). Seit 28. März 2011 arbeitete der Beschwerdeführer bei weiterhin bestehenden Nacken- und Schulterbeschwerden wieder zu 100% (UV-act. 52, 53). Am 12. April 2011 erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für einen unfallbedingten Zahnschaden (UV-act. 27, 34). Die Neurologin Dr. C.\_\_\_\_ vermerkte am 16. Juni 2011 als Angaben des Beschwerdeführers, dass er nach dem Unfall mindestens 2 ½ Stunden bewusstlos gewesen sei und im Spital habe erbrechen müssen, soweit er sich erinnere. Die Ärztin konstatierte diesbezüglich eine Diskrepanz zum Erstuntersuchungs-Bericht des Landeskrankenhauses F.\_\_\_\_ und zu den Angaben gegenüber dem Suva-Mitarbeiter vom März 2011, konnte jedoch trotzdem ein leichtes Schädelhirn-Trauma im Sinne einer Commotio cerebri nicht ausschliessen. Beschwerden von dem möglichen leichten Schädelhirn-Trauma würden aktuell nicht mehr bestehen. Klinisch bestehe eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit. Im Übrigen fänden sich keine objektivierbaren pathologischen Befunde. Eine Symptomausweitung müsse postuliert werden. Die geklagten Armbeschwerden seien nicht objektivierbar. Es fänden sich auch keine



## St.Galler Gerichte

Muskelatrophien. Hinweise auf eine periphere oder zentrale Vestibulopathie als Ursache der Schwindelbeschwerden würden fehlen (UV-act. 59). Ab 30. Juni 2011 bestand wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 147).

2.2 Im Bericht des Instituts für Anästhesiologie am Kantonsspital St. Gallen vom 11. Juli 2011 wurde unter anderem festgehalten, bei ausbleibender Wirkung einer diagnostischen Blockade der linksseitigen HWS-Facettengelenke sei zunächst eine Optimierung der medikamentösen Analgesie und Teilnahme an einem Schmerzprogramm vorgesehen (UV-act. 64). Von Seiten des Palliativzentrums des Kantonsspitals wurde am 14. Juli 2011 mit Hinweis auf die Chronifizierungsgefahr der aktuellen Schmerzproblematik bei guter Kooperation des Patienten eine intensive stationäre Rehabilitation für sinnvoll erachtet und eine Kostengutsprache beantragt. Der Patient zeige sich hierzu auch hochmotiviert (UV-act. 66, 67). Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auf Ende August 2011 (UV-act. 72). Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt im Bericht vom 30. August 2011 unter anderem fest, objektiv fänden sich eine leichte Einschränkung der Rotationsfähigkeit und Seitneigung im Bereich der HWS und eine leichte Verspannung der Nackenmuskulatur bei insgesamt eher schwach ausgebildeter Rückenmuskulatur. Es seien keine strukturellen Läsionen nach dem Unfall vom 20. Januar 2011 nachzuweisen. Es fänden sich auch keine unfallbedingten neurologischen Schädigungen. Es bestehe ein erheblicher Vorzustand mit seit 1996 bekannten Rückenbeschwerden. Bei der aktuellen Untersuchung habe sich ebenfalls kein Anhalt für eine strukturelle Läsion gefunden. Die aktuell nachweisbaren, eher leichten muskulären Verspannungen seien bei dem erheblichen Vorzustand nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Eine stationäre unfallbedingte Rehabilitation erscheine somit nicht notwendig. Bezüglich der Zahnprobleme sei dem Beschwerdeführer geraten worden, einen Zahnarzt aufzusuchen (UV-act. 77). In den Berichten des Palliativzentrums des Kantonsspitals vom 19. September und 2. November 2011 wurde unter anderem ausgeführt, die aktuellen psychologischen Aspekte des Patienten (Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung) seien neben seinen körperlichen Beschwerden wesentlich (UV-act. 83). Die erst nach dem Unfall aufgetretenen und für den Beschwerdeführer aktuell im Vordergrund stehenden Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Unruhezustände, sexuellen Dysfunktionen und Schwindel seien im Sinn einer posttraumatischen



Belastungsstörung zu interpretieren. Neben diesen Beschwerden sei es im Anschluss an den Unfall auch zu einer deutlichen Exazerbation von muskuloskeletalen Beschwerden gekommen bei vorbeschriebenen degenerativen Veränderungen. Um einer Chronifizierung vorzubeugen und um den Patienten wieder zügig in den Arbeitsprozess zu integrieren, werde die rasche Einleitung einer multimodalen Therapie, idealerweise unter stationären Bedingungen, weiterhin für sinnvoll gehalten; bei dieser könnten neben physiotherapeutischen Massnahmen auch eine psychosomatische Begleitung angeboten werden. Entsprechend werde noch einmal um Prüfung der Kostenübernahme ersucht (UV-act. 118).

2.3 Der Augenarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ berichtete am 11. November 2011, der Beschwerdeführer habe einen Autounfall mit HWS-Verletzungen und Schädelhirntrauma sowie Bewusstlosigkeit erlitten. Schon seit der Kindheit sehe er links weniger wegen einer Hornhautnarbe. Seit dem Unfall leide er unter Augenflimmern und starken Kopfschmerzen. Aufgrund der Bewusstlosigkeit beim Unfall müsse eine Comotio, wenn nicht sogar eine Contusio cerebri angenommen werden, welche die Sehbeschwerden und das Flimmern erklären würden (UV-act. 116). Dr. E.\_\_\_\_ vermerkte im Unfallschein ab 1. Dezember 2011 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, nachdem er zuvor von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war (UV-act. 142, 147). Für behandlungsbedürftige Beschwerden am Unfallzahn (Anbringung einer Tiefziehschiene) erteilte die Beschwerdegegnerin am 24. Januar 2012 Kostengutsprache (UV-act. 127). Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, berichtete am 2. Februar 2012, dass beim Beschwerdeführer ein chronischer Tinnitus und Schwindel nach Verkehrsunfall vom 20. Januar 2010 (richtig: 2011) mit HWS-Distorsion und Thoraxkontusion mit posttraumatischer Belastungsstörung vorliege. Da er vor dem Unfall weder über Tinnitus noch Schwindel geklagt habe und auch die klinischen Befunde für einen muskulär ausgelösten Tinnitus und Schwindel sprechen würden, könnten die vestibulo-cochlearen Beschwerden in jedem Fall auf die HWS-Distorsion im Rahmen des Unfalls vom 20. Januar 2011 zurückgeführt werden. Im Vordergrund stehe aber das chronische Schmerzsyndrom mit depressiver Verarbeitung. Insofern empfehle sie ebenfalls eine stationäre Rehabilitation in Valens (UV-act. 128, 145).

3.



3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die vom Beschwerdeführer über den 5. September 2011 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen, unfallbedingten organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind und im Bereich der Wirbelsäule (HWS, BWS) ein erheblicher degenerativ bedingter Vorzustand besteht (UV-act. 44, 49-51, 59). Klinisch erhobene Druckdolenz, Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS stellen praxisgemäss kein klar fassbares, unfallbedingtes organisches Substrat dar (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005, U 9/05, E. 4, und vom 23. November 2004, U 109/04, E. 2.2).

3.2 Wenn der Beschwerdeführer gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ eine mindestens 2 ½- stündige Bewusstlosigkeit und Erbrechen ("soweit er sich erinnere") angab (UV-act. 59 S. 2), so ist dies mit dem Bericht des Spitals vom 20. Januar 2011, wo die Erstbehandlung nach dem Unfall durchgeführt und Bewusstlosigkeit und Erbrechen ausdrücklich verneint wurden (UV-act. 3), nicht vereinbar und kann daher nicht als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Die von der Unfallverursacherin anlässlich der polizeilichen Befragung gemachte Angabe, dass der Beschwerdeführer am Unfallort "schneeweiss" gewesen sei und keine Antwort gegeben habe (UV-act. 147 S. 4), vermag ebenfalls keine eigentliche Bewusstlosigkeit zu beweisen, sondern weist allenfalls auf eine Bewusstseinsbeeinträchtigung bzw. eine unfallbedingte Schockwirkung hin. Der Beschwerdegegnerin gab denn auch dem Suva-Aussendienstmitarbeiter am 23. Februar 2011 an, dass er nach dem Unfall "in der Anfangsphase nur bedingt bei Bewusstsein" gewesen sei und eine lückenhafte Erinnerung an das Geschehen habe (UV-act. 9). Der Augenarzt Dr. H.\_\_\_\_ basierte seine unfallbedingte Diagnose jedoch im Wesentlichen auf den nicht belegten Umstand, dass eine (eigentliche und langandauernde) Bewusstlosigkeit vorgelegen habe (UV-act. 116). Am 17. November 2011 führte Dr. H.\_\_\_\_ unter anderem aus, dass sich im Gesichtsfeld ein eigenartiger Befund zeige, den er nur schwer interpretieren könne (UV-act. 119). Nachdem die von ihm angeordneten Behandlungen keine Verbesserung brachten, ersuchte Dr. H.\_\_\_\_ im Schreiben an die Augenklinik des Kantonsspitals vom 21. März 2012 um weitere augenärztliche Befunde und stellte eine psychiatrische Abklärung und eine "Rentenneurose" zur Diskussion (UV-act. 133). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die von Dr. H.\_\_\_\_ vermerkten Visus-störungen (Sehbeschwerden, Flimmern) unter Umständen Teil des typischen Beschwerdebildes



nach schleudertraumaähnlicher Verletzung bilden können (vgl. nachstehende E. 3.3). Eine eigentliche (äusserliche) Augenverletzung, wie sie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (UV-act. 134 S. 7 oben) voraussetzen scheint, ist hierzu nicht erforderlich. Zu beachten ist dabei auch, dass mit Blick auf den unfallbedingten Zahnschaden (UV-act. 27, 34) ein Kopfanprall stattgefunden haben musste. Von daher erklärt sich auch die Feststellung von Dr. C.\_\_\_\_, dass sie ein leichtes Schädelhirntrauma im Sinn einer Commotio cerebri nicht ausschliessen könne, wobei sie diesbezügliche Beschwerden im Berichtszeitpunkt (16. Juni 2011) verneinte. Im Vordergrund stünden cervikale und cerviko-cephale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, welche trotz Therapie mehr oder minder unverändert geblieben seien. Vorbestehende Beschwerden im Rahmen der degenerativen HWS-Veränderungen hätten sich verstärkt (UV-act. 59).

3.3 Anlässlich der Erstbehandlung nach dem Unfall wurde eine Computertomographie im HWS-Bereich angefertigt, welche keine Frakturen oder ähnliches bestätigte (UV-act. 3 S. 3 und UV-act. 23 S. 3). Es bestehe eine massive Spondylose der HWS mit Osteophytenbildung und deutlichen Uncarthrosen (UV-act. 23). Eine HWS-CT wäre überwiegend wahrscheinlich nicht angefertigt worden, wenn der Beschwerdeführer - wie er am 23. Februar 2011 geltend machte (UV-act. 9) - unmittelbar nach dem Unfall nicht auch solche Beschwerden angegeben hätte. In den ärztlichen Berichten wurde gestützt hierauf eine HWS-Distorsion angenommen (vgl. UV-act. 23 S. 3, UV-act. 59 S. 3, UV-act. 60, 64). Dies erscheint auch angesichts des anzunehmenden Kopfanpralls (vgl. vorstehende E. 3.2) als plausibel. Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie vorliegend - kein fassbarer organischer (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 und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9; Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). - Konkret verneinten die erstbehandelnden Spitalärzte im Ambulanzprotokoll vom 20. Januar 2011 (Unfalltag) eine Bewusstlosigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen oder Schwindel (vgl. UV-act. 3). Der Beschwerdeführer



klagte jedoch am 23. Februar 2011 über Nackenschmerzen mit Kopfschmerzen und Schwindel (UV-act. 9). Später zeigten sich auch psychische Beeinträchtigungen (UV-act. 23) und Visusstörungen (vorstehende E. 3.2). Nachdem gemäss der Rechtsprechung sich innerhalb der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Unfall lediglich Nacken- bzw. HWS-Beschwerden manifestieren müssen, und nicht auch jene, die typischerweise im Rahmen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007, U 215/05, E. 5.3 mit Hinweisen), ist davon auszugehen, dass konkret das typische Beschwerdebild teilweise gegeben war. Dies anerkennt auch die Beschwerdegegnerin (act. G 5 S. 6 Mitte).

### 3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin zog im Verlauf des Verfahrens einen vom Haftpflichtversicherer in Auftrag gegebenen Observationsbericht bei (act. G 24). Im Rahmen ihrer Pflicht zur Abklärung des Sachverhalts (Art. 43 ATSG) ist sie grundsätzlich befugt, Personendaten, wie sie im Bericht der J.\_\_\_\_ GmbH vom 17. Oktober 2012 (act. G 24.2) enthalten sind, zu bearbeiten oder von einer medizinischen Gutachterstelle bearbeiten zu lassen, soweit dies für die Beurteilung von Leistungsansprüchen erforderlich ist (Art. 96 lit. b UVG). Eine Beschränkung auf bestimmte Beweismittel besteht dabei nicht (vgl. BGE 129 V 323 E. 3.3.3; BGE 132 V 241). - Die Durchführung einer Überwachungsmaßnahme setzt unter anderem voraus, dass der begründete Verdacht auf eine Unrechtmässigkeit vorliegt. Der Begriff des Verdachts setzt voraus, dass mit einer bestimmten, auf konkrete Elemente gestützten Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, es liege eine entsprechende Unrechtmässigkeit vor. Die verdachtsbegründenden Elemente müssen einzelfallbezogen und konkret sein (Ueli Kieser, Überwachung - Eine Auslegung von Art. 44a ATSG [Entwurf], in: HILL 2009 Fachartikel Nr. 1, Kap. V, Ziff. 1).

3.4.2 Die Ermittlungen der J.\_\_\_\_ GmbH ergaben gemäss Bericht vom 17. Oktober 2012 unter anderem, dass der Beschwerdeführer im Beobachtungszeitraum ausserhalb seines Wohnortes ohne Anzeichen von Beeinträchtigungen oder Schonhaltungen in der Lage gewesen sei, mit dem Auto zu fahren und längere Strecken mit dem Fahrrad zurückzulegen. Nach den Darlegungen im Ermittlungsbericht liessen sich an sämtlichen Beobachtungstagen keine offensichtlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers



beobachten (act. G 24.2). Diese Angaben wurden anhand von Bildaufnahmen dokumentiert (act. G 24.3). Dazu ist festzuhalten, dass die erwähnten Feststellungen für sich allein nicht geeignet sind, Umstände zureichend zu belegen, aufgrund welcher abschliessende Aussagen zu den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers möglich wären. Aus dem Bericht ergibt sich insbesondere nicht, dass der Beschwerdeführer seine Wohnung während des Beobachtungszeitraums verliess, um einen Beruf auszuüben. Auch wurden im Bericht keine eigentlichen sportlichen Aktivitäten aufgeführt. Allein gestützt auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer mit dem Velo unterwegs sein konnte (dies wurde ihm offenbar in der Klinik D.\_\_\_\_ empfohlen, act. G 32 S. 2), lässt sich eine gesundheitliche Einschränkung im HWS-Bereich nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Im Weiteren ist in Rechnung zu stellen, dass die Leistungsfähigkeit nicht an allen Tagen gleichbleibend gewesen sein dürfte. Naturgemäss lassen sich sodann durch Beobachtungen weder Schmerzen bei der beobachteten Leistung noch die möglicherweise danach eingetretenen Schmerzfolgen wahrnehmen und damit auch nicht quantifizieren. Hinzu kommt, dass vorliegend Leistungsansprüche ab 5. September 2011 - und damit rund ein Jahr vor Erstellung des Observationsberichts - zur Diskussion stehen. Für diesen Zeitraum vermag der Observationsbericht zum vornherein nichts zur Entscheidungsfindung beizutragen. Die Frage, ob von einem begründeten Anfangsverdacht auszugehen war oder nicht, kann unter diesen Umständen offenbleiben. Nicht untersucht zu werden braucht auch der Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hinsichtlich Unvollständigkeit des Observationsberichts (Nichtnennung von Arzt- oder Therapiebesuchen, act. G 32 S. 2).

4.

4.1 Sind Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer ähnlichen Verletzung, 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 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS sowie bei äquivalenten Verletzungen 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).

4.2 Die Beschwerdegegnerin lässt mit Hinweis auf UV-act. 66, 67, 83 102, 128 und 131 einwenden, die ausgeprägte psychische Problematik stehe beim Beschwerdeführer ganz im Vordergrund, weshalb die Adäquanzprüfung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung zu erfolgen habe (act. G 5, G 24 S. 3). - Nach dem Unfall vom 20. Januar 2011 war das typische, gemischt somatisch-psychische Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung unbestrittenermassen teilweise gegeben (vorstehende E. 3.3). Wenn von Seiten des Kantonsspitals im Bericht vom 2. November 2011 bestätigt wurde, dass es neben Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel und weiteren Störungen in Unfallfolge auch zu einer deutlichen Exazerbation von muskuloskeletalen Beschwerden gekommen sei bei vorbeschriebenen degenerativen Veränderungen (UV-act. 118), so handelt es sich dabei nach wie vor um ein gemischt physisch/psychisches Beschwerdebild, auch wenn daneben eine posttraumatische Belastungsstörung (UV-act. 118) diagnostiziert worden war. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (act. G 5 S. 6) wurde dabei - auch nach dem 5. September 2011 - eine Behandlungsbedürftigkeit von somatischen Beschwerden angeführt (UV-act. 118, 129, 131), so auch noch im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 4. September 2012 (act. G 17 S. 1 unten). Nach der Rechtsprechung war es - und dies erscheint hier ausschlaggebend - weder nach der früheren (in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 477 publiziertes Urteil U 164/01 vom 18. Juni 2002) noch in Anwendung der in BGE 134 V 109 entwickelten Praxis zulässig, längere Zeit nach einem Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beschwerden weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den



psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägter war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008, 8C\_331/2007, E. 3.3). Die psychiatrische Beurteilung von Suva-Konsiliarpsychiater med. pract. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 24. Januar 2013 ergab im Übrigen, dass sich die Frage, ob eine psychische Überlagerung in den Monaten nach dem Unfall vorhanden gewesen sei, aus der Aktenlage nicht beantworten lasse und lediglich hypothetisch postuliert werden könne (act. G 24.7 S. 12). Erst nach der Leistungseinstellung, im September 2011, seien die psychischen Symptome unter der Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung subsumiert worden (act. G 24.7 S. 13). Insgesamt würden die vorhandenen Informationen weder Konkretes zur Symptomatik sagen lassen noch zu Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (act. G 24.7 S. 14).

### 4.3

4.3.1 Zu klären ist - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - die Frage, ob am 5. September 2011 die Behandlung als abgeschlossen zu betrachten war. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt, 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, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, Nr. U 557, S. 388). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145).



4.3.2 Nachdem von Seiten des Palliativzentrums des Kantonsspitals am 14. Juli 2011 mit Hinweis auf die Chronifizierungsgefahr der aktuellen Schmerzproblematik bei guter Kooperation und Motivation des Patienten eine intensive stationäre Rehabilitation für sinnvoll erachtet und bei der Beschwerdegegnerin eine Kostengutsprache beantragt worden war (UV-act. 66, 67), verneinte Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ am 30. August 2011 die unfallbedingte Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation mit Hinweis darauf, dass unfallbedingt keine strukturellen Läsionen nachzuweisen seien, keine unfallbedingten neurologischen Schädigungen bestünden und ein erheblicher Vorzustand vorliege (UV-act. 77 S. 7). Zur Frage einer Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch eine weitere - allenfalls ambulante - Behandlung (für die Zeit ab 5. September 2011) lässt sich den vorerwähnten Berichten keine Äusserung entnehmen. Die Ärzte wurden allerdings diesbezüglich auch nicht befragt. Aus dem Umstand allein, dass keine strukturellen Unfallfolgen nachgewiesen sind und erhebliche Vorzustände vorliegen, kann nicht ohne Weiteres auf einen Behandlungsabschluss im erwähnten Sinn geschlossen werden, zumal grundsätzlich auch nicht somatisch-strukturell objektivierbare sowie psychische Folgen von schleudertraumaähnlichen Verletzungen einen Behandlungsbedarf (mit Aussicht auf namhafte Verbesserung) begründen können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EGG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden als nicht unfallbedingt in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d aa). Aus dem kreisärztlichen Bericht vom 30. August 2011 lässt sich somit eine zureichende Begründung für die Einstellung der weiteren Heilbehandlung ab 5. September 2011 nicht ableiten. Allein die Tatsache, dass aus biomechanischer Sicht die Beschwerden durch den Unfall nur als schwierig erklärbar bezeichnet wurden (UV-act. 58), reicht als Einstellungsgrund nicht aus, zumal die biomechanischen Werte wie erwähnt nur eines unter vielen Kriterien darstellen und die Angaben betreffend kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung wegen der mangelnden Qualität der Bilder mit Unsicherheiten behaftet waren (vgl. UV-act. 58 S. 2). Zur Arbeitsfähigkeit im verfügten Einstellungs-Zeitpunkt äusserte sich der Kreisarzt nicht. Andererseits wurde von Seiten des Palliativzentrums im Bericht vom 2. November 2011 bestätigt, dass es neben Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel und weiteren Störungen in



Unfallfolge auch zu einer deutlichen Exazerbation von muskuloskeletalen Beschwerden gekommen sei bei vorbeschriebenen degenerativen Veränderungen. Das im Juli 2011 gestellte Gesuch um Übernahme der Kosten einer multimodalen Therapie wurde bestätigt (UV-act. 118). Die durch das Kantonsspital am 19. Dezember 2011 und 31. Januar 2012 unterzeichneten Verordnungen zur Physiotherapie führten als Behandlungsziele unter anderem die Verbesserung der Gelenks- und Muskelfunktion an (UV-act. 126, 129). Die ORL-Ärztin sprach sich am 2. Februar 2012 ebenfalls für das (teilweise) Vorliegen von Unfallfolgen und für eine stationäre Reha aus (UV-act. 128, 145). Die Ärztin des Pallativzentrums des Kantonsspitals bestätigte im Bericht vom 20. Februar 2012 die früheren Feststellungen. Sie hielt unter anderem fest, nach Rückmeldung der betreuenden Physiotherapeuten seien unter der Therapie tatsächlich Fortschritte eingetreten, wenn auch vom Patienten nicht so wahrgenommen. Der Beschwerdeführer sei mit einer Hospitalisation auf der Palliativstation einverstanden. Ziel der Hospitalisation sei unter anderem eine Evaluation der aktuellen Situation mit der Option einer stationären Anschlussbehandlung (UV-act. 131).

4.3.3 Gestützt auf die vorstehend geschilderte Aktenlage lässt sich eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit eines gemischt physisch und psychisch bedingten Beschwerdebildes (vgl. UV-act. 118, 126, 129) mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit für die Zeit ab 5. September 2011 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen, zumal eine teilweise Unfallursache (bei Bestehen von Vorzuständen) für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin genügt (vgl. Art. 36 Abs. 1 UVG und Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ein Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG auf den 5. September 2011 - gut sieben Monate nach dem Unfall - mit Einstellung der Leistungen erscheint damit nicht ausgewiesen. Der Umstand, dass Dr. G.\_\_\_\_ seine Beurteilung vom 30. August 2011 (UV-act. 77) nach Kenntnisnahme des Observationsberichts vom 17. Oktober 2012 (vorstehende E. 3.4) am 29. Januar 2013 bestätigte und eine weitere Behandlungsbedürftigkeit diesmal explizit verneinte (act. G 24.6), vermag - bei unveränderter Begründung - eine Leistungseinstellung auf den 5. September 2011 ebenfalls nicht zu rechtfertigen. Nachdem die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Leistungseinstellungsgrundes zureichend zu belegen hat (vgl. RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b), wird sie die Frage der Aussicht auf namhafte Besserung durch Behandlung nach dem 5. September 2011



und die allfällige Behandlungsdauer noch abzuklären haben. Bevor diese Frage nicht geklärt ist, kann die Adäquanz nicht geprüft werden.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 29. März 2012 teilweise gutzuheissen und die Sache zur Abklärung der Frage, ob nach dem 5. September 2011 eine Aussicht auf namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlung bestanden hatte, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese - wie in vergleichbaren Verfahren üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- anzusetzen (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 29. März 2012 aufgehoben und die Sache zur Abklärung der Frage, ob nach dem 5. September 2011 eine Aussicht auf namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlung bestanden hatte, an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.