

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 56

## Entscheid vom 14. Januar 2022

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1961) war seit dem 1. August 1990 bei der B.\_\_\_\_\_ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 5. Oktober 2018 als Lenker eines in Kolonne stehenden Motorfahrzeuges einen Heckauffahrunfall erlitt und sich am darauf folgenden Tag in ärztliche Behandlung begab (vgl. Vi-act. 1).

**B.** Als Folge dieses Auffahrunfalls wurde bei A.\_\_\_\_\_ eine HWS-Distorsion Grad II diagnostiziert (vgl. Vi-act. 4) sowie eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 21. Dezember 2018 attestiert (vgl. Vi-act. 2/6/10/12). Ab dem 22. Dezember 2018 bis 21. Mai 2021 schwankte seine Arbeitsunfähigkeit zwischen 10% und 100%; am 22. Mai 2021 erreichte er wieder die volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Vi-act. 159). Die Suva erbrachte die gesetzliche Versicherungsleistung bzw. richtete Taggeld aus und erbrachte die diesbezüglichen Heilbehandlungen (vgl. Einspracheentscheid vom 3.8.2021, S. 2 lit. B i.V.m. Verfügung vom 14.1.2021 S. 1).

**C.** Mit Verfügung vom 14. Januar 2021 stellte die Suva ihre Leistungen per 31. Januar 2021 mangels adäquater Kausalität zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2018 ein. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 12. Februar 2021 Einsprache, die mit Einspracheentscheid vom 3. August 2021 abgewiesen wurde.

**D.** Mit Eingabe vom 9. September 2021 (Postaufgabe: 10.9.2021) erhebt A.\_\_\_\_\_ gegen den Einspracheentscheid vom 3. August 2021 (Postaufgabe: A-Plus) rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz; er verlangt sinngemäss dessen Aufhebung bzw. eine über den 31. Januar 2021 hinaus fortdauernde Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 5. Oktober 2018.

**E.** Mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2021 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde - soweit darauf einzutreten sei - unter Bestätigung des Einspracheentscheides vom 3. August 2021. Der Beschwerdeführer nimmt mit Eingabe vom 8. November 2021 hierzu Stellung; gleichzeitig hält er an seiner Beschwerde vom 9. September 2021 fest.

## **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Mit Verfügung vom 14. Januar 2021 - bestätigt mit vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid vom 3. August 2021 - stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2021 ein mit der Begründung, aufgrund der medizinischen Abklärungen seien die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen bestehe denn auch kein Anspruch auf Ausrichtung weiterer Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 5. Oktober 2018 (vgl. Vi-act. 151 i.V.m. angefochtenem Einspracheentscheid vom 3.8.2021 lit. D-G).

**1.2** Mit Beschwerde vom 9. September 2021 rügt der Beschwerdeführer im Wesentlichen eine unzutreffende Sachverhaltsdarstellung insbesondere hinsichtlich seines Gesundheitszustandes; er habe vor dem Unfall keine gesundheitlichen Beschwerden gehabt; es würden unfallkausale Beschwerden vorliegen, weshalb die Vorinstanz auch weiterhin leistungspflichtig sei.

**1.3** Das vom Beschwerdeführer am 5. Oktober 2018 erlittene Unfallereignis (Auffahrunfall) mit HWS-Distorsion ist ebenso unbestritten wie die hieraus folgende Leistungspflicht der Vorinstanz. Streitig und nachfolgend zu beurteilen ist demgegenüber einzig und allein, ob die Vorinstanz zu Recht den Fall abschloss und die Leistungen mangels adäquater Kausalität zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2018 per 31. Januar 2021 eingestellt hat.

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] vom 20.3.1981). Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**2.2.1** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

**2.2.2** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je m.H.).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b m.H.). Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b; vgl. nachstehend Erw. 2.4.2).

**2.2.3** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je m.H.). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (vgl. BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person

des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C\_301/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2; 8C\_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (vgl. BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteil BGer 8C\_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 2.1 vgl. auch SVR 2017 UV Nr. 8 S. 27 und Urteil BGer 8C\_193/2016 Erw. 3.3).

**2.2.4** Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offen gelassen werden (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 5.1 m.H.). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen (vgl. Urteil EVGer B 21/02 vom 11.12.2002 Erw. 3.2). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheiderelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (vgl. Urteil BGer 8C\_151/2009 vom 7.5.2009 Erw. 2.1).

**2.3.1** Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen Heilbehandlung und Taggeld sowie mit Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen

der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 4; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, Urteil 8C 493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 3.2). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 Erw. 4.3). Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. zum Ganzen: Urteil BGer 8C\_548/2020 vom 18.12.2020 Erw. 4.1.1).

**2.3.2** Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (vgl. BGE 115 V 133) in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 6.1; Urteil 8C 184/2017 vom 13.7.2017 Erw. 2.2). Bei der Schleudertrauma-Praxis ist dies der Zeitpunkt, in dem von der Fortsetzung der auf das Schleudertrauma-Beschwerdebild - dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind - gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist (vgl. Urteil BGer 8C\_548/2020 vom 18.12.2020 Erw. 4.1.2 m.w.H.).

**2.4.1** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

**2.4.2** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C\_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

**2.5.1** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**2.5.2** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351

Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c m.H.; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 m.H.).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 m.H.; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 m.H.).

**2.5.3** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein

lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 m.H.).

**3.** Im Folgenden stellen sich der für die Beurteilung der Frage nach der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Januar 2021 massgebende Unfallhergang vom 5. Oktober 2018 sowie der medizinische Sachverhalt wie folgt dar:

**3.1** Nach dem Auffahrunfall vom 5. Oktober 2018 begab sich der Beschwerdeführer am darauf folgenden Tag zur Erstbehandlung in die C.\_\_\_\_\_. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 6. Oktober 2018 wurde notiert, es sei zu einer Heckkollision und in der Folge zu einem Kopfanprall an der Kopfstütze gekommen; der Beschwerdeführer sei auf die Kollision nicht gefasst gewesen; die Kopfstellung sei nicht bekannt; der Beschwerdeführer habe eine aufrechte Sitzposition eingenommen; er habe Sicherheitsgurte getragen; der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Weder sei Bewusstlosigkeit noch eine Gedächtnislücke eingetreten, hingegen eine Angst- und/oder Schreckreaktion. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall weiterfahren und die Heimreise wieder antreten können. Zudem hält der Arzt unter "4) Angaben des Patienten zum Beschwerdeverlauf seit dem Unfallzeitpunkt" Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel sowie Hör-, Seh- und Schlafstörungen fest. Darüber hinaus wurde ein Tinnitus rechts sowie ein lockerer Schneidezahn (oben) festgehalten. Bei "5) Frühere Anamnese" wurde zudem auf eine Neuronitis vestibularis im Jahre 2015 hingewiesen. Beim Untersuchungsbefund der HWS wurden Schmerzen bei der Rechtsdrehung vermerkt. Schmerzen bei Flexion, Extension, der Linksdrehung und der Seitenneigung (rechts/links) sowie Stauchungsschmerzen wurden verneint; ein lokaler Druckschmerz im Nacken- und Schulterbereich ('Trapezius li; unterer Hals re bei Bewegung') sowie ein Ruheschmerz wurden angegeben; es wurden Parästhesien (Handkante li) festgestellt. Der GCS-Score lag bei 15. Der Arzt stellte die vorläufige Diagnose eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas Grad II (Skala 0-IV) (Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde, verminderte Beweg-

lichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit miteingeschlossen). Es wurde eine Schmerztherapie unter Einsatz von NSAR angeordnet; dem Beschwerdeführer wurde vom 6. Oktober 2018 bis auf weiteres eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Vi-act. 3/4).

**3.2.1** Mit Schadenmeldung vom 8. Oktober 2018 meldete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers bezüglich des Unfalls vom 5. Oktober 2018 was folgt:

Nach dem Mositunnel befand sich eine stehende Kolonne. Hr. A. \_\_\_\_\_ und der Autofahrer hinter ihm konnten rechtzeitig bremsen. Doch das dritte Auto fuhr mit voller Geschwindigkeit auf die Kolonne auf.

Als Folge davon habe der Beschwerdeführer eine Stauchung der Wirbelsäule erlitten und sei seit dem 5. Oktober 2018 zu 50% arbeitsunfähig (vgl. Vi-act. 1/2).

**3.2.2** Mit Rapport der Kantonspolizei Schwyz vom 14. November 2018 wurde der Unfallhergang im Wesentlichen bestätigt (vgl. Vi-act. 14 [S.5 und Bild Nr. 5/6]).

**3.2.3** Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung der D. \_\_\_\_\_ vom 6. August 2019 erfuhr das Fahrzeug des Beschwerdeführers durch den Heckanprall eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung, welche unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10 – 15 km/h lag. Dies führte dazu, dass sich der Beschwerdeführer infolge der Kollision relativ zu seinem Fahrzeug in Richtung der Fahrzeuginnenachse nach hinten bewegte (vgl. Vi-act. 76 [S. 2/4]).

**3.2.4** Mit unfallanalytischem Gutachten der E. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2019 wurde die Schätzung des D. \_\_\_\_\_ in der biometrischen Kurztriage bestätigt und insoweit konkretisiert, als die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeuges des Beschwerdeführers zwischen 10.9 km/h und 13.4 km/h bzw. etwas tiefer (bis zu 1 km/h) betragen habe (vgl. Vi-act. 113 [S.13/23]).

**3.3.1** Mit Bericht vom 9. Oktober 2018 hielt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Radiologie) zu Händen der zuweisenden C. \_\_\_\_\_ nach dem am 6. Oktober 2018 erfolgten Röntgen der Halswirbelsäule (stehend, seitlich, a.p.) folgendes fest (vgl. Vi-act. 18):

**Befund**

HWS mit Streckhaltung. Anterolisthesis von HWK3 um 3mm. Schlanke prävertebrale Weichteile. Mehrsegmentale Unkovertebralarthrosen.

**Beurteilung**

Wahrscheinlich degenerativ bedingte Anterolisthesis HWK3 gegen HWK4, es sollte jedoch zum Frakturausschluss ein CT der HWS erfolgen.

**3.3.2** Am 11. Oktober 2018 erfolgte alsdann ein CT der Halswirbelsäule (nativ). Befund und Beurteilung von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH Radiologie)

vom 11. Oktober 2018 zu Händen des zuweisenden Arztes Dr.med. H. \_\_\_\_\_  
lauten wie folgt (Vi-act. 16):

**Befund**

Fehlhaltung der HWS bei Steilstellung und angedeuteter Kyphosierung in den Segmenten C3-C6.

Retrospondylose auf Segmenthöhe C4-C5.

Kein Frakturachweis. Keine Gefügestörung.

Am ehesten Verkalkungen des Ligamentums longitudinale anterius auf Höhe C3-C4, C5-C6 und C6-C7.

Im Weichteilfenster kein Hinweis auf intraspinale Hämatombildung.

Die prävertebralen Weichteile sind nicht erweitert.

Vertebralarthrose Osteochondrose im mittleren HWS Abschnitt mit Betonung auf Segmenthöhe C4-C5 und C5-C6.

In den abgebildeten Abschnitten des Thorax kein Hinweis auf Pneumothorax.

**Beurteilung**

Kein Frakturachweis. Keine Gefügestörung.

Soweit CT morphologisch erkennbar kein Hinweis auf eine intraspinale Hämatombildung.

**3.3.3** Am 13. November 2018 erfolgte ein MRI des Schädels (mit MR-Angiographie Circulus Willisii; Nativ und nach i.v. KM). Befund und Beurteilung von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Assistenzarzt Radiologie) und Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Radiologie) vom 13. November 2018 zu Händen des zuweisenden Arztes Dr.med. H. \_\_\_\_\_ lauten wie folgt (Vi-act. 16):

**Befund**

Kein Hinweis auf Hämosiderinreste in der blutungssensitiven Sequenz. Kein Hinweis auf Störungen der Bluthirnschranke. Keine Diffusionsrestriktion. Mittelständiger Interhemisphärenspalt. Regelrechte Abgrenzbarkeit von Rinde, Mark und basalen Ganglien. Altersentsprechende Weite der inneren und äusseren Liquorräume. Normales altersentsprechendes supra- und infratentorielles Hirnvolumen. Normale Belüftung der Nasenhaupt- und Nebenhöhlen sowie des Mastoid bds. Unauffälliges Knochenmarksignal des Neurokraniums. Normale Darstellung der intrakraniellen Gefässe in der TOF Angiografie.

Normvariante: Hypoplastische Arteria vertebralis rechts. Keine Stenosen oder Gefässabbrüche.

**Beurteilung**

Kein Nachweis auf intrakranielle Pathologien insbesondere keine Blutungen, Ischämien oder Raumforderungen.

**3.3.4** Ebenfalls am 13. November 2018 suchte der Beschwerdeführer Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, spez. Hals- und Gesichtschirurgie Sonographie SGUM) in seiner Sprechstunde auf. Dr.med. O. \_\_\_\_\_ hält diesbezüglich in seinem Arztbericht vom 13. November 2018 zu Händen des zuweisenden Dr.med. H. \_\_\_\_\_ was folgt fest (vgl. Vi-act. 23):

**Diagnose:**

Kein Anhaltspunkt für eine periphere-vestibuläre Funktionsstörung:  
Symmetrische Kalorik, Tinnitus

**Anamnese:**

Am 5. Oktober 2018 hatte der Patient eine Heckkollision, in dem Auto. Es erfolgte eine notfallmässige Vorstellung in der C.\_\_\_\_\_ am 6. Oktober 2018. Das CT des Kopfes war unauffällig. Er klagt über einen gelegentlichen Drehschwindel und einen verstärkten Tinnitus, den er aber vorher schon hatte. Er habe das Gefühl wie betrunken zu sein, im Verlauf sei diese Symptomatik jedoch besser geworden. Lageabhängigkeit des Schwindels wird negiert. Wenn er ins Bett liege und sich drehe, habe er keinen Schwindel. Es störe ihn beim Einschlafen ein Tinnitus auf dem rechten Ohr.

**ORL-Status:**

Otoskopie beidseits unauffällig, Weber nicht gehört, Rinne beidseits positiv. Endonasal reizlose Schleimhaut. Epipharynx frei, Hypopharynx und Larynx unauffällig. Stimmlippen Funktion und Anatomie unauffällig. Hände-Halteversuch sicher. Finger-Naseversuch treffsicher. Eudiadochokinese. Cover-Test ohne Rückstellsakkaden. Unterberger-Tretversuch frühzeitig abgebrochen, da er eine Schwäche und eine Unkontrolliertheit verspürte. Lage- und Lagerungsmanöver ohne Nystagmus. Kopfpulstest unauffällig. Kein Spontannystagmus. Kein Kopfschütteln Nystagmus. Kalorik symmetrisch (Cp-Wert 21, normal <25).

**Beurteilung und Prozedere:**

Es bestehen keine Hinweise für eine periphere-vestibuläre Funktionsstörung. Das Tonaudiogramm und die Kalorik sind symmetrisch. Im Weiteren besteht ein kompensierter Tinnitus. Der Tinnitus störe vor allem bei Ruhe, am Abend beim ins Bett gehen. Die Schwindelsymptomatik habe sich schon verbessert. Ich habe dem Patienten zusätzlich Rezirkane 240 mg über zwei Monate verschrieben.

**3.4.1** Im Rahmen der Leistungsabklärung gelangte die Vorinstanz an ihren Arbeitsmediziner Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie), welcher mit ärztlicher Kurzbeurteilung vom 14. Dezember 2018 auf den ORL-Bericht von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ vom 13. November verwies (vgl. Vi-act. 27).

**3.4.2** Anlässlich der ersten Besprechung mit der Suva - protokolliert im Erhebungsblatt für die persönliche oder telefonische Abklärung von HWS- und LTHV-Verletzungen vom 22. Dezember 2018 - führte der Beschwerdeführer bezüglich seines Befindens aus, zu einer Besserung seiner Beschwerden sei es nach dem Unfall nicht gekommen; die Schmerzintensität spüre er eher vermehrt - abwechselnd in der linken Schulter, in der rechten Schulter, im Nacken, im Kopf; die Schmerzen treten teils sehr heftig und stechend auf; am Tag nach dem Unfall habe er den Kopf kaum noch drehen können; dies sei zwischenzeitlich deutlich besser geworden; seit dem Unfall habe er ein sehr starkes Pfeifen in beiden Ohren, rechts mehr als links, wodurch das Schlafen erheblich gestört werde; Gedächtnisstörungen seien weiterhin vorhanden, sodass er Namen von Leuten vergesse oder sich nicht mehr an Sachen erinnern könne; zudem habe die Flickstel-

le des Schneidezahns oben links nach dem Unfall gewackelt; Abklärungen diesbezüglich würden indes noch keine getätigt werden (vgl. Vi-act. 30 [S. 4 Ziff. 9]). Seit dem Unfall könne er nur noch eine 50%ige Arbeitsleistung erbringen; er sei viel weniger belastbar, sowohl im Büro als auch auswärts; er brauche immer wieder Pausen; teils lege er sich während der Arbeit auch hin; auswärts erledige er zurzeit nur noch die nötigsten Termine; auch im Büro habe er Probleme; er könne nicht längere Zeit am Computer arbeiten; nach ca. 30 Minuten komme es zu einem Flimmern in den Augen; täglich stünde er ca. 5-6 Stunden im Einsatz; die Arbeitsleistung sei reduziert; es resultiere aktuell eine Leistung von 50%; aufgrund der vorhandenen, diversen Beschwerden sei eine Ausdehnung der Arbeitszeit und eine Erhöhung der Leistung nicht möglich (vgl. Vi-act. 30 [S. 5 Ziff. 10]). Bezüglich des Vorzustandes erwähnte der Beschwerdeführer, dass die Suva bereits im Jahre 2004 Abklärungen u.a. bezüglich Kopf- und Nackenbeschwerden durchgeführt hatte. Was damals abgeklärt worden sei, daran könne er sich nur noch vage erinnern; seines Wissens nach waren die damaligen Beschwerden auf eine Schwermetallvergiftung zurückzuführen; durch die Behandlung bei Dr.med. K.\_\_\_\_\_ sei er jedoch wieder beschwerdefrei; ca. 2006/2007 sei er letztmals bei Dr.med. K.\_\_\_\_\_ gewesen; seither seien keine Beschwerden im Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückbereich mehr aufgetreten; aufgrund der Schwermetallvergiftung sei er insgesamt vier Mal am Kiefer operiert worden und gehe zudem seit Jahren regelmässig alle drei Monate zu Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zur Nachkontrolle. Bezüglich weiterer Unfälle bzw. Krankheiten wies der Beschwerdeführer darauf hin, er habe sich im Jahre 2015 infolge eines Gehörsturzes im Spital Schwyz sowie bei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ in ärztlicher Behandlung befunden (vgl. Vi-act. 30 [S. 3 Ziff. 7 lit. a und f]). Zum Unfallhergang führte der Beschwerdeführer aus, er sei zum Zeitpunkt der Kollision aufrecht gesessen, mit dem Oberkörper leicht nach rechts gelehnt; wie die Kopfhaltung genau gewesen sei, könne er nicht sagen; beim Heckaufprall habe es ihn nach hinten 'geschlezt'; da er leicht nach rechts gelehnt gewesen sei, sei er mit dem Hinterkopf gegen die senkrechte Kante der Kopfstütze geprallt; vermutlich habe es ihm dadurch den Kopf nach rechts hinten abgedreht (vgl. Vi-act. 30 [S. 7 Ziff. 19/20]).

**3.4.3** Anlässlich einer augenärztlichen Untersuchung stellte Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Augenarzt FMH, Augenchirurgie FMH) mit Bericht vom 15. Februar 2019 zu Händen der Vorinstanz folgendes fest (vgl. Vi-act. 47):

**Diagnose:**

Normale und altersentsprechende ophthalmologische Befunde

Passagere Flimmerskotome nach rechts oben

St.n. cervikalem Beschleunigungstrauma bei Verkehrsunfall 5.10.2018

...

#### **Beurteilung und Procedere:**

Es zeigen sich bei Herrn A. \_\_\_\_\_ unauffällige ophthalmologische Befunde. Die Ursache für die Flimmerskotome haben kein morphologisches oculäres Korrelat und sind eher neurologischer Natur. Differenzialdiagnostisch denke ich an eine transiente cerebrale Durchblutungsstörung oder eine Migräne, möchte jedoch der neurologischen Beurteilung nicht vorgreifen.

**3.4.4** Anlässlich der in der Folge veranlassten neurologischen Untersuchung stellte Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Oberarzt Neurozentrum, \_\_\_\_\_) mit Bericht vom 25. März 2019 fest (vgl. Vi-act. 52):

#### **Diagnosen**

1. HWS-Distorsionstrauma 10/2018
  - Klinik: streng rechtsseitiger Kopfschmerz mit Schwindel und Gangunsicherheit
  - Therapie: Fortsetzung der bisherigen Physiotherapie

#### **Anamnese**

Der Patient berichtete über ein seit Oktober 2018 bestehendes Augenflimmern in Verbindung mit Kopfschmerzen und einem Ohrgeräusch. Die Symptomatik würde weiterhin auftreten. Zunächst komme es zu einer streng rechtsseitigen Hemicranie, der nach kurzer Zeit das Augenflimmern folgen würde. Die Symptomatik würde für etwa 30 Minuten anhalten, ehe sie sich komplett zurückbilde. Seit dem Unfall bestehe eine durchgehende Lärmempfindlichkeit, die sich während der Kopfschmerzen nicht verändern würde. Er fühle sich erschöpft und könne nachts aufgrund des Ohrgeräusches schlecht schlafen. Beim Gehen habe er das Gefühl eines Zugs nach rechts. Aktuell habe er weiterhin Physiotherapie.

...

#### **Neurologische Befunde**

Wach, orientiert, kooperativ. Keine Aphasie, keine Dysarthrie, kein Neglect. Kein Meningismus, Lhermitte-Zeichen negativ. Kein Kalottenklopfeschmerz, Druckschmerz paravertebral rechts an der HWS, etwa C2. HN: Pupillen rund, mittelweit, isikor. Direkte/indirekte LRR prompt. Keine Augenbewegungsstörungen, keine faciale Parese, Hyperästhesie der rechten Gesichtshälfte angegeben, Nervenaustrittspunkte reizfrei, keine Zungendeviation, keine pathologischen Nystagmen. Orientierend Normakusis.

Motorik: Keine latenten oder manifesten Paresen. Muskeltonus normal.

Reflexe: Allseits schwach auslösbar. Pyramidenbahnzeichen nach Babinski negativ.

Sensibilität: An den Armen Hyperästhesie rechts angegeben, sonst unauffällig. Pallästhesie 8/8 bimalleolär und bds. Daumengrundgelenk.

Koordination: FNV und KHV metrisch, keine Feinmotorikstörung, Eudiadochokinese.

Stehen und Gehen: Romberg Versuch mit ungerichtetem Schwanken, welches beim Rückwärtszählen sistiert. Gang mit geschlossenen Augen unsicher, sistiert beim Rückwärtszählen. Übrige Gang- und Standproben unauffällig.

#### **Beurteilung**

Die durch den Patienten berichteten Beschwerden sind unspezifisch und im vorliegenden Kontext als Folge des HWS-Distorsionstraumas zu werten. In der Durchsicht der vorliegenden MRI Aufnahmen zeigt sich kein Anhalt für eine Affektion des

Myelons oder eine zentrale Schädigung, inklusive der Gefässe. Klinisch findet sich kein wegweisender Befund. Der Patient wurde über den teils protrahierten Heilungsverlauf aufgeklärt. Wir empfehlen eine Fortsetzung der physiotherapeutischen Massnahmen. Weiterführende Abklärungen sind nicht notwendig und sollten aus unserer Sicht sogar vermieden werden.

**3.4.5** Am 6. Juni 2019 erfolgte eine weitere ohrenärztliche Untersuchung bei Dr.med. O.\_\_\_\_\_, welcher mit Bericht vom 6. Juni 2019 zu Handen der Vorinstanz im Wesentlichen an seinem Bericht vom 13. November 2018 festhielt (vgl. Vi-act. 63; vorstehend Erw. 3.3.4).

**3.4.6** Alsdann gelangte die Vorinstanz erneut an ihren Arbeitsmediziner Dr.med. J.\_\_\_\_\_, welcher mit Kurzbeurteilung vom 2. Juli 2019 gestützt auf den ORL-Bericht von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2019 weiterhin von einem knapp kompensierten Tinnitus ausging (vgl. Vi-act. 71).

**3.4.7** Anlässlich der daraufhin erfolgten zweiten Besprechung mit der Suva vom 23. August 2019 wiederholte der Beschwerdeführer seine Beschwerden; die Schmerzen im Hinterkopf und Nacken seien indes nur noch in sehr geringem Ausmass vorhanden und stünden nicht mehr im Vordergrund; das Hauptproblem seien die Schlafstörungen und die ständigen, lauten Geräusche im Kopf; infolge Übermüdung leide er an Konzentrationsstörungen, was bei der Arbeit auch schon zu gravierenden Fehlentscheidungen geführt habe, wodurch das Unternehmen in Schräglage geraten sei; es drohe ein Konkurs. In beiden Armen und Beinen habe er zudem Gefühlsstörungen (rechts deutlich stärker als links); er fühle sich weiterhin nicht fähig, ganztags zu arbeiten (vgl. Vi-act. 87).

**3.4.8** Mit 'Arztbericht berufliche Eingliederung/Rente' vom 2. September 2019 bestätigte Dr.med. P.\_\_\_\_\_ (FMH für Otorhinolaryngologie) zu Handen der IV-Stelle die Symptomatik eines Tinnitus (rechtsbetont bei symmetrischen altersentsprechenden Hörschwellenverlauf); gleichzeitig wies sie darauf hin, dass keine Anhaltspunkte für eine periphere vestibuläre Funktionsstörung vorliegen würden und dass die Behandlung abgeschlossen sei (vgl. Vi-act. 93).

**3.4.9** Am 18. September 2019 erstatteten lic.phil. Q.\_\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Psychotherapie FSP) und Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) von der S.\_\_\_\_\_ AG der Vorinstanz Bericht unter Hinweis auf das Erstgespräch vom 29. August 2019 bezüglich der psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers infolge depressiver Verstimmung, Schlafstörungen und Tinnitus. Sie attestierte dabei Folgendes (vgl. Vi-act. 97):

...

### **Anamnese**

...

*Aktuelle Problematik:* In Folge des oben genannten Autoauffahrunfalles habe er an der Arbeit deutliche Leistungseinbussen im Bereich Konzentration und Belastbarkeit. Er habe Existenz- und Versagensängste entwickelt. Er leide tagsüber an Panikattacken und könne nachts nicht mehr schlafen. Er schlafe zwar ein, erwache nach wenigen Stunden und dann beginne das «Gedankenkarussell» um die existenziellen finanziellen Sorgen von vorne. Seine Lebenspartnerin hätte ihm berichtet, dass er nachts kaum mehr atme, um dann nach längeren Atemaussetzern lautstark nach Luft zu ringen bzw. zu schnarchen, er bekomme davon nichts mit.

...

### **Diagnosen**

Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, insbesondere Angst, Sorge, Anspannung und Ärger (ICD-10 F43.23)

...

### **Beurteilung/Procedere**

Herr A. \_\_\_\_\_ ist mit einer weiterführenden Psychotherapie in unserem Ambulatorium einverstanden. Es findet anfangs Oktober eine gemeinsame Konsultation zur medikamentösen Einstellung statt. Aufgrund der oben dargelegten Schilderungen bezüglich seiner Schlafqualität empfehlen wir dringend eine Schlafabklärung in der Seeklinik Brunnen (Schlafapnoeverdacht).

**3.5.1** Im Rahmen der Leistungsabklärung gelangte die Vorinstanz erneut an ihren Arbeitsmediziner Dr.med. J. \_\_\_\_\_, welcher mit seiner Kurzbeurteilung vom 24. September 2019 auf den ORL-Bericht von Dr.med. P. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2019 und den vorgesehenen Behandlungsabschluss hinwies (vgl. Vi-act. 94/98 i.V.m. Vi-act. 93; vgl. vorstehend Erw. 3.4.8).

**3.5.2** In Beantwortung der vorinstanzlichen Fragen vom 26. September 2019 bezüglich der strukturellen Verletzungen (vgl. Vi-act. 99) fasste der Kreisarzt Dr.med. T. \_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2019 zunächst den aktenmässigen Verlauf zusammen; er gelangte zur folgenden Beurteilung (vgl. Vi-act. 101 [S. 3f.]):

### **Beurteilung**

*Welche strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalles vom 5. Oktober 2018 liegen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor?*

Es liegen keine objektivierbaren Folgen des Unfalles vom 5. Oktober 2018 vor, weder das MRI des Kopfes noch das CT der HWS sowie die Röntgendiagnostik zeigen objektivierbare, überwiegend wahrscheinlich zusätzliche unfallbedingte strukturelle Läsionen. Es liegt allerdings ein degenerativer Vorzustand der HWS vor, wie oben beschrieben.

*Kann von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden?*

Nein. Weitere Behandlungen sind allenfalls auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet nicht mehr notwendig. Bezüglich des Tinnitus siehe Beurteilung von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 24.09.2019.

...

*Wie beurteilen Sie in Anbetracht der beklagten Beschwerden nach dem Unfall die Arbeitsfähigkeit als Bauführer (am angestammten Arbeitsplatz) in zeitlicher und leistungsmässiger Hinsicht? Aktuell 70% arbeitsfähig.*

Auf rein unfallchirurgisch-orthopädischem Fachgebiet besteht keine überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit.

*Wann kann mit einer Steigerung gerechnet werden? Prozent Arbeitsfähigkeit: ...  
Ab: ...*

Bei dem Unfallereignis kam es überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes der HWS durch die HWS-Distorsion. Es ist davon auszugehen, dass ohne zusätzliche strukturelle Läsion nach spätestens 6 bis 12 Wochen der degenerative Vorzustand wieder erreicht ist und dementsprechend ab da eine unfallbedingte volle Arbeitsfähigkeit auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet vorliegt.

**3.5.3** Am 18. bzw. 31. Oktober 2019 (vgl. Vi-act. 103/105/106) ersuchte die Vorinstanz die Kreisärztin med.pract. U. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) durch Vorlage konkreter Fragen um eine psychiatrische Beurteilung. In ihrer Aktenbeurteilung vom 22. Oktober 2019 hält diese fest (vgl. Vi-act. 104 [S. 2]):

#### **Beurteilung**

...

*Inwieweit kann von weiteren Behandlungsmassnahmen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Besserung der psychischen Unfallfolgen erwartet werden?*

Bislang hat erst ein ambulantes psychologisch-psychotherapeutisches Erstgespräch stattgefunden. Eine weitere ambulante psychotherapeutische Behandlung ist geplant. Davon kann mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Besserung der psychischen Unfallfolgen erwartet werden. Bezüglich der psychischen Unfallfolgen sind ansonsten keine weiteren Behandlungen erforderlich. Falls die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen wurde, bitte Wiedervorlage sechs Monate nach Behandlungsbeginn mit einem aktuellen Bericht.

Zusätzlich sollte die Schlafstörung abgeklärt werden, bei der es sich möglicherweise um ein unfallunabhängiges Schlaf-Apnoe Syndrom handelt, welches mit anderen Mitteln und zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden müsste.

In einer weiteren Beurteilung vom 5. November 2019 verweist med.pract. U. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen auf ihre Beurteilung vom 22. Oktober 2019 und

beantwortet die ihr gestellten, weiteren Fragen folgendermassen (vgl. Vi-act. 108):

#### **Beantwortung der Fragen**

*Litt die versicherte Person schon vor dem Unfall an einer psychischen Störung? Falls ja, an welcher (Diagnose nach ICD)?*

Im psychologischen Bericht der S. \_\_\_\_\_ vom 18.09.2019 wurden keine vorbestehenden psychischen Störungen erwähnt und eine normale biographische Entwicklung beschrieben. Auch im Erhebungsblatt für die persönliche oder telefonische Abklärung von HWS- und LTHV-Verletzungen vom 22.12.2018 wurde von dem Versicherten kein Vorzustand hinsichtlich psychischer Beschwerden angegeben. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Versicherte vor dem Unfall nicht an einer psychischen Störung litt.

*Hat die psychische Problematik nach dem Unfall die als Folgen eines Schleudertumas zu wertenden funktionellen Beeinträchtigungen eindeutig dominiert und gegebenenfalls ab wann?*

Nein. Die vom Versicherten geklagten Schmerzen, die Ohrgeräusche sowie Schlaf- und Gedächtnisstörungen standen im Vordergrund. Eine hausärztliche Überweisung zur ambulanten psychiatrischen Behandlung erfolgte erst am 14.08.2019, also zehn Monate nach dem Unfall vom 05.10.2018, wegen zunehmend depressiver Verstimmung, Tinnitus und Schlafstörungen.

*Liegt eine eigenständige sekundäre psychische Störung vor?*

Nein. Die Beschwerden des Versicherten (depressive Verstimmung, Tinnitus und Schlafstörungen) gehen in dem typischen Beschwerdebild auf. Es wurde eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) festgestellt, die nach belastenden Lebensereignissen auftreten kann, in diesem Falle nach dem Unfall bzw. den anhaltenden Schmerzen sowie den psychosozialen Folgen. Es liegt keine eigenständige sekundäre psychische Störung vor.

**3.5.4** Mit Versicherungsbericht vom 9. Dezember 2019 informierte lic.phil. Q. \_\_\_\_\_ von der S. \_\_\_\_\_ AG die Vorinstanz, dass die Behandlung per 1. Oktober 2019 abgeschlossen sei und der Beschwerdeführer - mit Diagnose Status nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung der Gefühle, insbesondere Angst, Sorge, Anspannung und Ärger (ICD- 10 F43.23) - bei Abschluss beschwerdefrei sei (vgl. Vi-act. 114).

**3.5.5** Anlässlich eines Telefongesprächs vom 12. Februar 2020 informierte der Beschwerdeführer die Vorinstanz, man habe herausgefunden, dass die Beschwerden durch den schlechten Schlaf hervorgerufen worden seien; nachdem die Schlafapnoeabklärung erfolgt sei, habe er ein Gerät für die Nacht erhalten; seitdem schlafe er bedeutend besser; aktuell habe er noch Beschwerden am Hals, das Pfeifen im Ohr und die Kopfschmerzen; zudem habe er ab und zu Aussetzer bzw. Flimmern; er merke, dass es besser gehe; er möchte seine Arbeitsfähigkeit baldmöglichst auf 80% steigern (vgl. Vi-act. 123). Dies bestätigt der Be-

schwerdeführer anlässlich eines weiteren Telefonats vom 1. Mai 2020; gleichzeitig beklagt er Lähmungserscheinungen in der Ferse, im Fussballen und in den Zehen; er habe indes das Gefühl es werde immer besser (vgl. Vi-act. 129).

**3.5.6** Mit Zwischenbericht vom 26. Juni 2020 stellt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ zu Handen der Vorinstanz die Diagnose eines zervikalen Beschleunigungstraumas (bei unauffälligem MRT und CT und unauffälliger HNO-Beurteilung sowie persistierendem Tinnitus), eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (mittelschwer bis schweren Grades) und einer Hypertonie. Bezüglich der weiteren Behandlungen hält Dr.med. H. \_\_\_\_\_ fest, die erfolgten HNO-, ophthalmologischen- und neurologischen Untersuchungen hätten bis dato keine Hinweise bezüglich das Beschwerdebild des Beschwerdeführers ergeben, wobei weitere Abklärungen derzeit nicht geplant seien und voraussichtlich von einer längerfristigen Behandlung ausgegangen werden müsse; er gehe bei stationärem Verlauf eher von längerfristigen Beschwerden aus (vgl. Vi-act. 132).

**3.5.7** Anlässlich einer weiteren Besprechung mit der Suva vom 10. Juli 2020 wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass es ihm im Vergleich zu vor ein paar Monaten schon viel besser gehe, gleichwohl beklage er weiterhin Beschwerden am Hinterkopf und im Nackenbereich bis zur Brustwirbelsäule hin, ein Pfeifen im Ohr, Schwindelerscheinungen, Gefühlsstörungen in den Extremitäten, wackeligen Schneidezahn am Oberkiefer, Schlafprobleme; er sei nach wie vor nicht voll leistungsfähig, was sich negativ auf den Geschäftsbetrieb auswirke (vgl. Vi-act. 135).

**3.5.8** Am 31. August 2020 erfolgte auftrags der Vorinstanz eine weitere ohrenärztliche Verlaufskontrolle bei Dr.med. O. \_\_\_\_\_, welcher mit am gleichen Tag verfassten Bericht darauf hinweist, dass unverändert ein in Ruhe störender Tinnitus bestehe; da der Beschwerdeführer seit einem halben Jahr nachts eine geräuschvolle CPAP-Maske trage, werde der Tinnitus damit überdeckt; mithin könne er wieder gut schlafen und sei mit dem Gehör zufrieden (vgl. Vi-act. 138/143).

**3.5.9** Ausgehend von dieser Verlaufskontrolle gab der Arbeitsmediziner Dr.med. J. \_\_\_\_\_ zu Handen der Vorinstanz am 10. September 2020 einen weiteren ärztlichen Kurzbericht ab. Er weist dabei darauf hin, dass die Tinnitus-Beschwerden seit den CPAP-Anwendungen nachts nicht mehr störend seien, da diese durch die CPAP-Therapie überdeckt würden; aus ORL-ärztlicher Sicht würden sich keine weiteren Konsequenzen ergeben und das Dossier könne ad acta gelegt werden (vgl. Vi-act. 143).

**3.5.10** Mit einem weiteren - undatierten - Zwischenbericht an die Vorinstanz (Eingangsdatum: 22.10.2020) verweist Dr.med. H. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen auf seinen Bericht vom 26. Juni 2020 und ergänzt diesen insoweit, als ein erfolgreicher auto-CPAP-Therapiestart erfolgt sei und sich bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nur eine leichtgradige Verbesserung unter osteopathischen Behandlungen ergeben habe (vgl. Vi-act. 145).

**3.5.11** Im Rahmen der Leistungsprüfung gelangte die Vorinstanz erneut an den Kreisarzt Dr.med. T. \_\_\_\_\_ unter Vorlage der bereits zuvor gestellten Fragen (vgl. vorstehend Erw. 3.5.2). Dieser wies am 18. November 2020 darauf hin, dass keine Ergänzungen oder neuen medizinischen Tatsachen vorliegen würden, welche eine Änderung der Beurteilung vom 11. Oktober 2019 (recte: 14.10.2019) bedingen würde (vgl. Vi-act. 146).

**3.6** Aus der Zusammenfassung der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer vom 5. Oktober 2018 bis 21. Dezember 2018 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Ab dem 22. Dezember 2018 bis 21. Mai 2021 schwankte seine Arbeitsunfähigkeit zwischen 10% und 100%. Am 22. Mai 2021 erreichte der Beschwerdeführer schliesslich wieder seine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Vi-act. 159).

**4.** Die Vorinstanz stützt sich in ihrem angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. August 2021 im Wesentlichen auf die Berichte ihrer beratenden Ärzte (vom 14.12.2018 [vorstehend Erw. 3.4.1], 2.7.2019 [vorstehend Erw. 3.4.6], 24.9.2019 [vorstehend Erw. 3.5.1] und 10.9.2020 [vorstehend Erw. 3.5.9]) sowie auf die kreisärztlichen Berichte von Dr.med. T. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 bzw. vom 18. November 2020 (vgl. vorstehend Erw. 3.5.2/3.5.11) und von Dr.med. U. \_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2019 bzw. 5. November 2019 (vgl. vorstehend Erw. 3.5.3). Gestützt darauf ging die Vorinstanz vom Vorliegen eines typischen Beschwerdebildes nach Schleudertrauma (HWS-Distorsion) aus (vgl. Erw. 1) und erkannte, dass die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien (vgl. Erw. 3 i.V.m. Erw. 2 [Abs. 3]). Alsdann nahm sie eine Adäquanzbeurteilung nach der Schleudertrauma-Praxis vor, verneinte dabei die adäquate Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden (vgl. Erw. 4/5).

**5.1** Zunächst rechtfertigen sich die folgenden Ausführungen: Soweit der Beschwerdeführer seine früheren Aussagen bezüglich seines Gesundheitszustandes vor Verwaltungsgericht zu relativieren versucht, indem er behauptet, sich dannzumal gesünder dargestellt zu haben, um Arbeiten und Autofahren zu können, so kann nicht allein auf seine nunmehr revidierten Parteibehauptungen ge-

geschlossen werden. Vielmehr muss sich der Gesundheitszustand aus nachvollziehbaren, fachärztlichen Beurteilungen ergeben, wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird (vgl. u.a. Erw. 5.2ff.). Kommt hinzu, dass die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn der Beschwerdeführer seine früheren Aussagen nunmehr anders darzustellen versucht, so kommt den Angaben, die er zuvor unmittelbar gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (vgl. VGE I 2021 42 vom 19.10.2021 Erw. 6.2 m.H.a. BGE 121 V 45 Erw. 2a m.w.H.a. BGE 115 V 143 Erw. 8c; RKUV 1988 Nr. U 55 S. 363 Erw. 3b/aa m.w.H.).

**5.2** Bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist denn auch aktenkundig, dass er sofort nach dem Unfall am 5. Oktober 2018 über Kopf- und Nackenbeschwerden, Schwindel, sowie Hör- und Seh- sowie Schlafstörungen klagte (vgl. vorstehend Erw. 3.1). In der Folge arbeitete der Beschwerdeführer nurmehr 50%, litt dabei unter Konzentrations-, Gedächtnisstörungen, Schwindel sowie Lähmungserscheinungen und einem Pfeifen im Ohr. Anlässlich der Besprechung vom 23. August 2019 gab der Beschwerdeführer an, die Schmerzen im Hinterkopf und Nacken stünden nicht mehr im Vordergrund; problematisch seien vor allem die Konzentrationsstörungen infolge Schlafstörungen, welche auf die Ohrengeräusche zurückzuführen seien; zudem kämen Gefühlstörungen hinzu (vgl. vorstehend Erw. 3.4.7). Dr.med. P. \_\_\_\_\_ bestätigte mit Arztbericht vom 2. September 2019 (vgl. vorstehend Erw. 3.4.8) die Symptomatik eines Tinnitus und lic.phil. Q. \_\_\_\_\_ und Dr.med. R. \_\_\_\_\_ attestierten bezüglich der psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers infolge depressiver Verstimmung, Schlafstörung sowie Tinnitus eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (insbesondere Angst, Sorge, Anspannung und Ärger [ICD-10 F43.23]); es wurde zudem infolge Schlafapnoeverdacht eine Schlafabklärung empfohlen (vgl. vorstehend Erw. 3.4.9/3.5.5), welche die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms bestätigte (vgl. vorstehend Erw. 3.5.6). Anlässlich der Besprechung vom 10. Juli 2020 gab der Beschwerdeführer an, dass es im Vergleich zu vor ein paar Monaten schon viel besser gehe; er beklagte indes weiterhin Beschwerden am Hinterkopf und im Nackenbereich bis zur Brustwirbelsäule hin sowie ein Pfeifen im Ohr, Schwindelerscheinungen, Gefühlsstörungen, einen wackligen Schneidezahn und Schlafprobleme (vgl. vorstehend Erw. 3.5.7). Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (vgl. vorstehend Erw. 3.5.8) wie auch Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. vorstehend Erw. 3.5.10) berichteten übereinstimmend, dass unverändert ein in Ruhe störender Tinnitus bestehe.

Bei dieser Ausgangslage ist die Diagnose eines am 5. Oktober 2018 erlittenen HWS-Distorsionstraumas (Grad II) nachvollziehbar, was sich allseits denn auch als unbestritten erweist. Unbestritten ist ebenso das (teilweise) Vorliegen eines im Zusammenhang mit HWS-Verletzungen typischen Beschwerdebildes mit Symptomen wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 6.2.1; BGE 117 V 359 Erw. 4b).

**5.3** Des Weiteren gilt es zu beachten, dass in keinem der ärztlichen Berichte - weder im Bericht des MRI des Kopfes, noch des CT der HWS sowie der Röntgendiagnostik (vgl. vorstehend Erw. 3.3.1-3.3.3) - eine organische Ursache, namentlich eine unfallbedingte strukturelle Läsion bestätigt werden konnte, welche die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagten Beschwerden zu erklären vermag. Entsprechendes gilt für die Berichte von Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (vgl. u.a. vorstehend Erw. 3.3.4). Es liegen diesbezüglich genügende Unterlagen von persönlichen Untersuchungen sowie lückenlose Befunde vor, wobei diese mehrfach bildgebend wie auch klinisch erhoben wurden. Es ist dabei nicht nachvollziehbar noch wird geltend gemacht, dass sich diese widersprechen würden. Die gesamten Beurteilungen der die Vorinstanz beratenden Ärzte, wonach keine unfallbedingte Läsion vorliegt, beruhen mithin auf einer überzeugenden Würdigung der diesbezüglich übereinstimmenden und nachvollziehbaren, medizinischen Akten (vgl. vorstehend Erw. 3). Es liegen auch keine anderweitigen medizinischen Berichte vor, die Zweifel an der entsprechenden versicherungsärztlichen Beurteilung zu wecken vermögen. Daran ändern auch die lediglich pauschal vorgebrachten Einwände des Beschwerdeführers nichts, wonach er vor dem Unfall völlig gesund bzw. zu 100% leistungsfähig gewesen sei, sein Kopf infolge des Aufpralls massiv zwischen die Kopfstützen aufgeschlagen sei sowie nach seinem Dafürhalten seine Halswirbelsäule gemäss Bildgebung leicht verschoben sei. Denn von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann nur dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind, was hier gerade nicht der Fall ist. Aus dem Vorliegen von Schmerzen bzw. Beschwerden allein kann jedoch nicht ohne weiteres auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen bzw. Beschwerden einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil BGer 8C\_123/2018 vom 18.9.2018 Erw. 4.1.1).

**5.4** Schlüssig und übereinstimmend mit der medizinisch vollständigen Berichtslage (vgl. vorstehend Erw. 3) stellten die Versicherungsärzte mithin einhellig fest, dass keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen vorliegen, welche die weiterhin geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten. Bei Fehlen organischer objektiv ausgewiesener Unfallfolgen, aber Vorliegen eines Schleudertraumas oder äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der Folge vom Vorliegen eines typischen Beschwerdebildes nach Schleudertrauma bei organisch nicht nachweisbaren Beschwerden ausging. Bei den verbliebenen Beschwerden infolge des Schleudertraumas, wozu die seit dem Unfall geklagten Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen etc. gehören, hat die Vorinstanz daher hinsichtlich dieser nicht objektivierbaren Beschwerden grundsätzlich zu Recht eine Adäquanzprüfung nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis vorgenommen.

**6.1** Bei der Schleudertrauma-Praxis ist die Prüfung der Adäquanz in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf das Schleudertrauma-Beschwerdebild - dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind - gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist (vgl. vorstehend Erw. 2.3 m.H.a. BGE 134 V 109 Erw. 4.3 und Erw. 6; Urteil BGer 8C\_674/2019 vom 3.12.2019 Erw. 4.1 m.w.H.), wenn also im Gesamtkomplex des Schleudertrauma-Beschwerdebildes mit physischen und psychischen Komponenten von keiner realistischen Möglichkeit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers durch die Fortsetzung einer gesamtheitlichen Behandlung mehr ausgegangen werden kann (vgl. hierzu auch Urteil BGer 8C\_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 4). Die Besserung bestimmt sich dabei nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. Urteil BGer 8C\_771/2017 vom 3.5.2018 Erw. 5.2.1). Die Einschätzung des Gesundheitszustandes bzw. der namhaften Besserung hat grundsätzlich prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu erfolgen (vgl. Urteil BGer 8C\_388/2019 vom 20.12.2019 Erw. 3.2 m.w.H.).

**6.2.1** Der Verfügung vom 14. Januar 2021 lässt sich hierzu lediglich entnehmen, dass die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien (was wie zuvor aufgezeigt nicht zu beanstanden ist [vgl. vorstehend Erw. 5.5]), weshalb die Adäquanz geprüft werde (vgl. Vi-act. 151). Die Verfügung enthält indes keinerlei Begründung bezüglich Fallabschluss bzw. für den konkreten Zeitpunkt der Adäquanzprüfung. Auch der angefochtene

Einspracheentscheid vom 3. August 2021 äussert sich hierzu nicht; es wird einzig unter Hinweis auf die verschiedenen, ärztlichen Berichte sowie versicherungsärztlichen Feststellungen die Adäquanzprüfung bestätigt (vgl. lit. A-G i.V.m. Erw. 3 i.V.m. Erw. 1).

**6.2.2** Aufgrund des Unfallereignisses vom 5. Oktober 2018 war der Beschwerdeführer bei Dr.med. H. \_\_\_\_\_ in Behandlung. Dieser wies ihn Dr.med. O. \_\_\_\_\_ von der HNO Praxis \_\_\_\_\_ zu, welcher mit ohrenärztlichem Bericht vom 13. November 2018 einen Tinnitus diagnostizierte; gleichzeitig wies er darauf hin, dass sich die Schwindelsymptomatik verbessert habe; er habe dem Beschwerdeführer ein pflanzliches Arzneimittel über zwei Monate verschrieben (vgl. vorstehend Erw. 3.3.4). Anlässlich einer neurologischen Untersuchung vom 25. März 2019 äusserte sich Dr.med. N. \_\_\_\_\_ dahingehend, der Beschwerdeführer sei über den protrahierten Heilungsverlauf informiert worden, wobei er eine Fortsetzung der physiotherapeutischen Massnahmen empfehle; weiterführende Abklärungen seien indes nicht notwendig (vgl. vorstehend Erw. 3.4.4). Im August 2019 gab der Beschwerdeführer bekannt, die Schmerzen im Hinterkopf und Nacken stünden nicht mehr im Vordergrund; das Hauptproblem seien die Schlafstörungen und der Tinnitus; es kämen Gefühlsstörungen hinzu (vgl. vorstehend Erw. 3.4.7). Mit ärztlichem Verlaufsbericht vom 2. September 2019 zu Händen der IV-Stelle bestätigte Dr.med. P. \_\_\_\_\_ von der HNO Praxis \_\_\_\_\_ das Vorliegen eines Tinnitus; gleichzeitig hielt sie ausdrücklich den Abschluss der Behandlung fest (vgl. vorstehend Erw. 3.4.8). Im September 2019 erfolgte infolge depressiver Verstimmung, Schlafstörungen und Tinnitus erstmals ein ambulantes, psychologisch-psychotherapeutisches Erstgespräch bei lic.phil. Q. \_\_\_\_\_ von der S. \_\_\_\_\_ AG; sie empfahl infolge Schlafapnoeverdachts dringend eine Schlafabklärung (vgl. vorstehend Erw. 3.4.9). Bereits im Dezember 2019 erklärte sie den Beschwerdeführer mit Behandlungsabschluss per 1. Oktober 2019 als beschwerdefrei (vgl. vorstehend Erw. 3.5.4). Sowohl der Beschwerdeführer (vgl. vorstehend Erw. 3.5.5/3.5.7) als auch Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. vorstehend Erw. 3.5.6/3.5.10) wie auch Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (vgl. vorstehend Erw. 3.5.8) zeigen zudem übereinstimmend auf, dass nach erfolgter Schlafapnoeabklärung zwar unverändert ein Tinnitus bestehe, jedoch mittels CPAP-Maske eine erfolgreiche auto-CPAP-Therapie aufgenommen worden sei, sodass der Beschwerdeführer wieder bedeutend besser schlafen könne; weitere Abklärungen seien nicht geplant. Dr.med. H. \_\_\_\_\_ prognostizierte bei stationärem Verlauf eher längerfristige Beschwerden und eine leichtgradige Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers unter längerfristigen, osteopathischen Behandlungen. Gemäss Arbeitsunfähigkeitsattest von Dr.med.

H.\_\_\_\_\_ wurden die 90% bzw. volle Arbeitsfähigkeit schliesslich am 1. Februar 2021 bzw. am 22. Mai 2021 erreicht (vgl. Vi-act. 159).

**6.2.3** Damit zeigt sich, dass eine umfassende Abklärung und Beurteilung der physischen wie auch der psychischen Beschwerden stattgefunden hat. Die entsprechenden HNO-/ORL-, neurologischen sowie psychologisch-psychotherapeutischen Berichte sprachen sich denn auch nachvollziehbar und schlüssig allesamt darüber aus, dass im Hinblick auf eine gesamtheitliche Betrachtung spätestens seit Ende 2019 bzw. anfangs 2020 (vgl. vorstehend Erw. 3.5.5/3.5.8ff.) von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr zu erwarten war, bzw. dass die Behandlungen bereits abgeschlossen waren. Unter Verweis auf diese Berichte gingen die versicherungsinternen Ärzte denn auch zu Recht davon aus, dass keine eigentliche ärztliche, hochfrequentierte Behandlung mehr stattfand und dass weder Physiotherapie, Osteopathie noch die CPAP-Therapie hierfür genügen. Dabei bleibt zu erwähnen, dass ärztliche Verlaufskontrollen und manualtherapeutische Behandlungen nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung gelten (vgl. hierzu auch Urteile BGer 8C\_674/2019 vom 3.12.2019 Erw. 4.3; 8C 306/2016 vom 22.9.2016 Erw. 5.3; 8C\_306/2016 vom 22.9.2016 Erw. 5.3). Eine allfällige blosse leichtgradige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosse Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie bzw. Osteopathie sowie CPAP-Therapie profitieren kann, genügen hierfür jedenfalls nicht (vgl. Urteil BGer 8C\_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.3 m.w.H.).

**6.2.4** Für die gerichtliche Beurteilung des Fallabschluss-Zeitpunktes ist der Sachverhalt bezüglich des physischen sowie psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mithin genügend abgeklärt und es liegen weder widersprüchliche Befunde noch ungeklärte Beschwerden vor, sodass der vorinstanzliche Fallabschluss denn auch ohne weitere Abklärungen möglich war bzw. sich als rechtens erweist.

**6.3** Bleibt zu ergänzen, dass gemäss Art. 19 UVG für den Fallabschluss neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes auch allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV zu beachten sind, wobei in casu die IV das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 14. Januar 2020 abgewiesen hatte (vgl. Vi-act. 74/82/93/102/119).

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass - nachdem der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 5. Oktober 2018 keine strukturellen, traumatischen Verletzungen erlitt, die 90%ige bzw. volle Arbeitsfähigkeit per 1. Februar 2021 bzw. per 22. Mai 2021 erlangte, die behandelnden Ärzte wie auch der Beschwerdeführer gesamthaft eine Besserung feststellten und nachdem, im Hinblick auf eine gesamtgesellschaftliche Betrachtung, keine auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung mehr erfolgte und die versicherungsinternen Ärzte schliesslich einen Fallabschluss prognostizierten - die Vorinstanz somit per Ende Januar 2021 zu Recht die Adäquanztprüfung nach der Schleudertrauma-Praxis vornahm.

**8.1.1** Nach der bundesgerichtlichen Schleudertraumapraxis (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen) wird für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall verlangt, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischenliegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.1; BGE 117 V 359 Erw. 6; BGE 117 V 369 Erw. 4b/c).

**8.1.2** Die Vorinstanz stellte bezüglich Qualifikation des Unfallereignisses vom 5. Oktober 2018 fest, Auffahrkollisionen auf ein Fahrzeug würden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet, wonach mindestens vier der unfallbezogenen Kriterien erfüllt sein müssten, um die Adäquanz zu bejahen (vgl. Erw. 4).

Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, die Vorinstanz habe das Unfallereignis vom 5. Oktober 2020, namentlich den Aufprall auf den Stahlrahmen sei-

nes Fahrzeugs, massiv verharmlöst und verweist dabei auf den Aufprall des Kopfes zwischen die Kopfstützen und auf die daraufhin folgenden Beschwerden.

**8.1.3** Als schwer wurden vom Bundesgericht beispielsweise folgende Unfälle beurteilt (vgl. zum Ganzen: VGE I 2011 11 vom 20.4.2011 Erw. 4.2.2):

- eine Frontalkollision, bei welcher der Versicherte schwere Verletzungen erlitt und ein anderer Fahrzeuginsasse starb (Urteil U 145/94 vom 15.12.1994),
- der Zusammenstoss einer Autofahrerin mit einem Zug mit Verlust des Unterschenkels (Urteil U 141/94 vom 13.12.1994),
- ein Unfall auf der Autobahn mit schweren Verletzungen (Urteil U 77/89 vom 11.1.1990),
- der Fall eines Arbeitnehmers, der von einem mit einer Geschwindigkeit von 50 km/h vorbeifahrenden Lastwagen am Kopf getroffen und weggeschleudert wurde und dabei eine schwere Commotio cerebri erlitt (Urteil U 53/86 vom 17.10.1989).

Folgende Unfälle wurden vom Bundesgericht als mittelschwer im Grenzbereich zum schweren Unfall qualifiziert:

- Reifenplatzer auf der Autobahn bei ca. 95 km/h mit anschliessendem Überschlagen des Fahrzeugs auf das Dach (BGE 129 V 323 Erw. 3.3.2),
- Überschlagen eines Fahrzeugs infolge Reifenplatzers mit Kontusionen an Thorax, Schultern und Halswirbelsäule der Versicherten (Urteil U 68/91 vom 10.11.1992),
- Herausschleudern eines Versicherten durch das Fenster eines Autos nach einem Frontalzusammenstoss, wobei er mit dem Bein bis zur Hüfte im umgestürzten Wagen eingeklemmt blieb und sich eine Gehirnerschütterung, eine Kopfverletzung, einen Mittelhandbruch und Verletzungen in der Leistengegend zuzog (Urteil U 47/90 vom 8.4.1991),
- Verkehrsunfall, bei welchem ein Fahrzeug von einem entgegenkommenden Personenwagen frontal erfasst wurde und die Lenkerin eine Commotio cerebri sowie eine Kontusion der linken Schulter erlitt, (Urteil U.587/06 vom 8.2.2008).

Nicht als schwerer Unfall im mittleren Bereich, sondern als blosser mittelschwerer Unfall wurden vom Bundesgericht z.B. folgende Verkehrsunfälle qualifiziert:

- ein PW kam bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn ins Schleudern und überschlug sich, fiel über die Mittelleitplanke und blieb auf der Gegenfahrbahn mit Totalschaden auf dem Dach liegen. Der Versicherte wurde herausgeschleudert, zog sich aber keine lebensbedrohlichen

Verletzungen zu. Eine Sekundärkollision mit anderen Fahrzeugen erfolgte nicht (Urteil U 492/06 vom 16.5.2007 Erw. 4.2; vgl. zum Ganzen auch Hardy Landolt, Kausalität und Verkehrsunfall in: Jahrbuch zum Strassenverkehrsrecht 2010, St. Gallen, S. 186ff.).

Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (SVR 2017 UV Nr. 16 S. 53, 8C 425/2016 E. 4.3.3; Urteil BGer 8C\_674/2019 vom 3.12.2019 Erw. 5.3).

Das Verwaltungsgericht hat in VGE I 2009 46 vom 9. September 2009 (vgl. Erw. 6.3.2) eine ungebremste Frontalkollision zweier Personenwagen mit einer Geschwindigkeit von 100-110 km/h bzw. 80 km/h als Unfall im mittleren Bereich, im Grenzbereich zu den schweren Unfällen, qualifiziert. Eine Kollision eines Motorrades mit einem abbiegenden Personenwagen wurde als ein Unfall im mittleren Bereich gewertet (vgl. VGE I 2008 157 vom 27.11.2008 Erw. 5.3). Ein Auffahrunfall im Tunnel Rathausen auf der Autobahn A14, wobei eine Fahrzeuglenkerin von einer wegen einer Fahrbahnvereinigung ins Stocken geratene Fahrzeugkolonne überrascht wurde und trotz Vollbremsung gegen das Heck eines anderen Personenwagens prallte, wobei die Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung unterhalb oder innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h lag, wurde als mittelschweres Unfallereignis eingestuft, wobei es innerhalb der mittelschweren Unfälle eher im leichteren Bereich liege (vgl. VGE I 2009 173 vom 5.7.2010 Erw. 6.3). Einen Unfall einer Fahrzeuglenkerin, welche mit ca. 36-42 km/h unterwegs war und von einem einbiegenden, nicht vortrittsberechtigten LKW (Geschwindigkeit 2-4 km/h) seitlich gerammt wurde, beurteilte das Verwaltungsgericht selbst bei Annahme einer höheren Geschwindigkeit des abbiegenden Lastwagens höchstens als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (vgl. zum Ganzen: VGE I 2011 11 vom 10.4.2011 Erw. 4.2.2 m.w.H.; vgl. auch VGE I 2020 31 vom 11.8.2020 Erw. 5.2.1; VGE I 2019 95 vom 14.2.2020 Erw. 8.3.2; VGE I 2016 130 vom 16.3.2017 Erw. 4.7.1).

**8.1.4** Beim Unfall vom 5. Oktober 2018 handelt es sich um einen typischen Heckauffahrunfall, wobei solche Ereignisse gemäss Rechtsprechung regelmässig den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zugeordnet werden (vgl. hierzu Urteil BGer 8C\_674/2019 vom 3.12.2019 Erw. 5.3). Es bestehen entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung keine Anhaltspunkte, welche dies im Sinne der oberwähnten Rechtsprechung in Frage stellen könnten, auch nicht unter Berücksichtigung des geltend gemachten Kopfanpralles sowie den am Unfalltag aufgetretenen Nackenschmerzen. Die vor-

instanzliche Auffassung eines mittelschweren Unfallereignisses im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ist daher nicht zu beanstanden.

**8.2** Die Adäquanz ist bei mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sind oder ein einzelnes Kriterium in ausgeprägter Weise gegeben ist (vgl. Urteil BGer 8C\_762/2019 vom 12.3.2020). Sind weniger als die geforderten Kriterien erfüllt, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhanges zu verneinen.

Nach der Rechtsprechung gilt es dabei die folgenden Kriterien zu berücksichtigen (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.3):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

**8.3.1** Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten gilt es zudem, dass jedem - mindestens mittelschweren - Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. VGE I 2020 31 vom 11.8.2020 Erw. 5.2.1 m.H.a. Urteil BGer 8C\_398/2012 vom 6.11.2012 Erw. 6.1.2 m.w.H.).

**8.3.2** In der Rechtsprechung wurde das Kriterium etwa bei einer Massenkarambolage mit vier beteiligten Fahrzeugen und einem Reiseкар bejaht. Dabei prallte der Personenwagen, in welchem die versicherte Person als Beifahrerin sass, auf einer nicht richtungsgetreuten und mit einer Höchstgeschwindigkeit von 100 km/h signalisierten Strasse als erstes mit entsprechend hoher Krafteinwirkung in einen aus der Gegenrichtung heranschleudernden Personenwagen. Die versicherte Person und ihr Ehemann, welcher am Steuer sass, wurden in ihrem stark deformierten, totalbeschädigten Personenwagen eingeklemmt und mussten durch die Feuerwehr befreit werden (vgl. Urteil BGer 8C\_488/2011 vom 19.12.2011 Erw. 5.1.2). Das Kriterium wurde als erfüllt betrachtet: bei einer Auf-fahrkollision und anschliessendem Zusammenstoss mit zwei Fussgängern, wo-von einer auf die Kühlerhaube des Fahrzeugs gehoben und anschliessend auf die Strasse geschleudert wurde; bei einem Unfall wegen eines geplatzten Rei-

fens auf der Autobahn, wobei das Fahrzeug ins Schleudern geriet, in eine Fahrbahnabschränkung geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam; bei der Kollision eines Lieferwagens mit einem mit erheblich überetzter Geschwindigkeit herannahenden Motorradfahrer, welcher am Tag nach dem Unfall seinen schweren Verletzungen erlag; bei einem in der 29. Woche schwangeren Unfallopfer; bei einem Skifahrer, welcher kopfüber mit einem Baum kollidierte; bei einem Unfall, bei dem der beteiligte Motorradfahrer am Unfallort verstarb und der Motorraum des Autos des Versicherten in Brand geriet (vgl. Praxisübersicht im Urteil BGer 8C\_579/2011 vom 5.12.2011 Erw. 3.5); bei einer Massenkarambolage auf einer Autobahn; bei einem Zusammenstoss zwischen einem Personenwagen und einem Lastwagen in einem Autobahntunnel mit mehreren sich anschliessenden Kollisionen mit der Tunnelwand; bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem PW, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf einer längeren Distanz vor sich herschob, während die Insassen des PW verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sich aufmerksam zu machen; bei einem Unfall mit hoher Geschwindigkeit auf einer Autobahn, bei dem das Fahrzeug des Versicherten bei starkem Verkehr mehrmals über die Fahrbahn geschleudert wurde und sich dabei wiederholt überschlug; bei einer Autolenkerin, welche auf einer deutschen Autobahn mit einer Geschwindigkeit von 140 bis 160 km/h fuhr, als das Fahrzeug infolge überrierender Nässe ins Schleudern geriet, in eine Böschung stiess, sich mehrfach überschlug und, total beschädigt, ausserhalb der Fahrbahn auf der rechten Seite liegend zum Stillstand kam (vgl. Urteil BGer 8C\_544/2008 vom 20.2.2009 Erw. 6.3.3); bei einem Versicherten, dessen Fahrzeug sich mit einer angegebenen Geschwindigkeit von rund 90 km/h über die Mittelleitplanke hinweg überschlug und auf dem Dach zu liegen kam (vgl. Urteil BGer U 492/06 vom 16.5.2007 Erw. 4.3.1). Als diskutabel wurde erachtet, ob ein Unfall, bei welchem der von der Versicherten gelenkte Personenwagen ausgangs einer Kurve mit einer Geschwindigkeit von ca. 60 km/h ins Schleudern kam, rechts der Fahrbahn an eine ansteigende Böschung geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend auf die andere Seite der Fahrbahn rutschte, wo er zum Stillstand kam, das Kriterium zu erfüllen vermöge (vgl. Urteil BGer 8C\_803/2007 vom 3.9.2008 Erw. 3.4.2).

In besonders ausgeprägter Form wurde das Kriterium bejaht: in Bezug auf einen Unfall, bei welchem die Lenkerin eines Personenwagens nachts bei einer Geschwindigkeit von 110 bis 120 km/h wegen eines auf der Fahrbahn liegenden toten Dachses die Herrschaft über das Fahrzeug verlor, welches sich zweimal um die eigene Achse drehte, überschlug und auf dem Dach gegen die rechte Fahrbahn schlitterte, dort mit einem Zweitauto kollidierte und auf dem Dach liegend

auf der linken Fahrbahn zum Stillstand kam, worauf es, als die Lenkerin und die mitfahrende versicherte Person noch darin sassen, von einem dritten Auto gerammt und einige Meter weggeschleudert wurde (vgl. Urteil BGer U 185/05 vom 20.10.2005 Erw. 4.2); bei einem heftigen Zusammenstoss eines Personenwagens mit einem entgegenkommenden, überholenden Auto, welches auf die eigene Fahrbahn zurückgeworfen wurde, worauf vier weitere Personenwagen in die beiden Unfallfahrzeuge prallten; von den beiden Insassen des entgegenkommenden Personenwagens verstarb einer noch am Unfallort und der andere danach (vgl. Urteil BGer U 368/01 vom 9.4.2002 Erw. 5c); bei einer Mehrfachkollision in einem Tunnel mit drei beteiligten Personenwagen, wobei der Lenker des vorausfahrenden Fahrzeugs getötet und derjenige des entgegenkommenden Fahrzeugs schwer verletzt wurden (vgl. RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc).

Verneint wurde das Kriterium hingegen u.a.: bei einer Versicherten, welche mit ihrem Personenwagen auf einer deutschen Autobahn auf der Überholspur fuhr, als ein vor ihr fahrendes Auto plötzlich von der rechten auf die linke Spur ausscherte, weshalb die Versicherte bremste, worauf ihr Auto nach rechts schlitterte, sich mehrfach drehte und gegen die rechte Leitplanke prallte (vgl. Urteil BGer 8C\_938/2011 Erw. 5.3.1); beim Lenker eines Personenwagens, welcher auf einer Autobahn bei einer Geschwindigkeit von 130 km/h aufgrund eines Reifenplatzens ins Schleudern geriet und von der Strasse abkommend einen Schutzzaun durchbrach (vgl. Urteil BGer 8C\_9/2010 vom 11.6.2010 Erw. 3.7.1); beim Lenker eines Rennrades, welcher von einem aus einer Querstrasse einmündenden, nicht vortrittsberechtigten Personenwagen angefahren und zu Boden geworfen wurde (vgl. Urteil BGer 8C\_498/2011 vom 3.5.2012 Erw. 6.2.3); beim Lenker eines Personenwagens, welcher auf einer Autobahn mit einem entgegen der Fahrtrichtung auf dem ersten Überholstreifen stehenden Fahrzeug frontal/seitlich kollidierte (vgl. Urteil BGer 8C\_786/2009 vom 4.1.2010 Erw. 5.2); bei der Lenkerin eines Personenwagens, welcher auf die Gegenfahrbahn geriet und seitlich frontal in einen entgegenkommenden Personenwagen prallte, wobei beide Fahrzeuge erst im an die an die Strasse angrenzenden Wiesland zum Stillstand kamen (vgl. Urteil BGer 8C\_70/2009 vom 31.7.2009 Erw. 3.2.3); bei der Lenkerin eines Personenwagens, der gegen ein entgegenkommendes, nach links abbiegendes Fahrzeug stiess, wobei ein Insasse des abbiegenden Fahrzeuges getötet und mehrere Personen verletzt wurden (vgl. Urteil BGer U 306/03 vom 15.11.2004 Erw. 3.3); bei der Insassin eines Personenwagens, welcher sich auf der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von ca. 95 km/h wegen eines Reifenplatzens überschlug und auf dem Dach liegen blieb (vgl. zum Ganzen: Urteil BGer 8C\_398/2012 Urteil vom 6.11.2012 Erw. 6.1.2 m.w.H.).

**8.3.3** Das vorliegend relevante Unfallereignis vom 5. Oktober 2018 war nicht gekennzeichnet von besonders dramatischen Umständen. Es handelt sich um einen wenig eindrücklichen Auffahrunfall, namentlich als bei Kolonnenbildung auf der Axenstrasse der zwei hinter dem Beschwerdeführer fahrende PW nicht mehr rechtzeitig bremsen konnte und in der Folge auf das Heck des hinter dem Beschwerdeführer stehenden PW auffuhr, welcher durch den Aufprall in den vor ihm stehenden Personenwagen des Beschwerdeführers geschoben wurde (vgl. vorstehend Erw. 3.2). Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeuges des Beschwerdeführers hat denn auch lediglich zwischen 10.9 km/h und 13.4 km/h bzw. etwas weniger betragen (vgl. vorstehend Erw. 3.2.4). Zwar kam es zu einem Kopfanprall an den Kopfstützen, hingegen wurde der Airbag nicht ausgelöst. Der Beschwerdeführer klagte gemäss Polizei-Rapport zwar über Nackenschmerzen (dem Polizei-Rapport sind keine weiteren Verletzungen zu entnehmen), konnte jedoch seine Fahrt mit seinem Fahrzeug fortsetzen (vgl. Vi-act. 14). Keiner der Unfallbeteiligten Personen wurde erheblich verletzt (gemäss Polizeirapport verletzten sich zwei Personen leicht, zwei gar nicht; Vi-act. 14). Die erste ärztliche Konsultation des Beschwerdeführers erfolgte denn auch erst am Folgetag nach dem Unfall. Das beschädigte Fahrzeug des Beschwerdeführers bzw. der B. \_\_\_\_\_ war zudem nach dem Unfall in einem fahrfähigen Zustand (siehe Vi-act. 58). Die Bilder des beschädigten Fahrzeuges des Beschwerdeführers bzw. der B. \_\_\_\_\_ sowie die entsprechend veranschlagten Reparaturkosten (vgl. Vi-act. 58: Heckschaden Fr. 6'289.08) deuten ebenfalls nicht auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass in den Verkehrsunfall drei Fahrzeuge involviert waren, zumal die aktenkundigen Schadensbilder keine hohen Kraftereinwirkungen bei der zweiten Kollision mit dem beschwerdeführerischen Fahrzeug dokumentieren (vgl. Vi-act. 58). Dass der Zusammenprall unvermittelt kam und der Beschwerdeführer unvorbereitet traf, ändert nichts an der fehlenden Eindrücklichkeit. Beim vorliegenden Unfallhergang hat die Vorinstanz das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit somit zu Recht verneint.

**8.4** Um das Kriterium 'Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen' zu erfüllen, sind Verletzungen von Nöten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. VGE I 2020 31 vom 11.8.2020 Erw. 5.2.2 m.H.a. BGE 140 V 356 Erw. 5.5; Urteil SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, Urteil BGer 8C\_398/2012 Erw. 6.2.1 f., je m.w.H. auf die Rechtsprechung).

Der Beschwerdeführer erlitt keine strukturellen, traumatischen Verletzungen. Diagnostiziert wurde zwar eine HSW-Distorsion Grad II. Die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden

Verletzung, wie sie der Beschwerdeführer vorliegend geltend macht, genügt für sich allein jedenfalls nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung (vgl. hierzu BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2).

**8.5** Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer einer spezifischen ärztlichen Behandlung ist nicht erfüllt. Dieses ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren kommt auch nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (vgl. Urteile BGer 8C\_344/2013 vom 10.10.2013 Erw. 10 und 8C\_729/2012 vom 4.4.2013 Erw. 8.3). Vorliegend beschränkte sich die Behandlung auf Physiotherapie sowie Osteopathie und CPAP-Therapie sowie Verlaufskontrollen. Spezifische ärztliche Behandlungen im Sinne des Kriteriums erfolgten somit keine.

**8.6** Beim Kriterium der Dauerbeschwerden können adäquanzrelevant nur 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. Nach dem Gesagten ist das Kriterium in der Kurzform wie folgt zu präzisieren: erhebliche Beschwerden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4).

Ohne die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden bagatellisieren zu wollen, ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass der Beschwerdeführer direkt nach dem Unfall seine Arbeit zu 50% aufnehmen konnte und die Arbeitsunfähigkeit in der Folge mehrheitlich zwischen 10%-50% schwankte; im Mai/Juni 2019 wies der Beschwerdeführer einzig für rund einen Monat eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit aus. Schliesslich erlangte der Beschwerdeführer per 22. Mai 2021 unbestrittenermassen wieder seine volle Arbeitsfähigkeit. Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang vorbringt, er habe über Monate hinweg seine Mitarbeiter und Kunden nicht mehr erkannt, so kann bei lediglich über Monate andauernden Beschwerden nicht von Dauerbeschwerden gesprochen werden. Entsprechendes gilt auch für die noch geklagten Lähmungen und Schmerzen im Hals, Händen und Füssen, zumal diese gemäss Beschwerdeführer nur noch in sehr geringem Ausmass vorhanden waren bzw. im Verhältnis zu den

Schlafstörungen infolge des Tinnitus nicht mehr im Vordergrund standen (vgl. vorstehend Erw. 3.4.7/3.5.5). Hinsichtlich des Tinnitus (nachtsüber) zeigt sich schliesslich, dass der Beschwerdeführer infolge der CPAP-Maske wieder gut schlafen kann und mit seinem Gehör nunmehr denn auch zufrieden ist (vgl. vorstehend Erw. 3.5.5/3.5.8). Das Kriterium von besonderen, im Alltag beeinträchtigenden Dauerbeschwerden ist damit nicht erfüllt. Selbst wenn das Kriterium als erfüllt beurteilt würde, wäre die Adäquanz nicht zu bejahen, ist es doch auf keinen Fall in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.

**8.7** Es ist des Weiteren mit der Vorinstanz festzustellen, dass auch das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung nicht erfüllt ist, was mit Recht vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird.

**8.8** Zudem liegen kein schwieriger Heilungsverlauf und keine erheblichen Komplikationen vor; entsprechendes wird vom Beschwerdeführer ebenfalls nicht geltend gemacht. Es bedürfte dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (vgl. Urteil BGer U 479/05 vom 6.2.2007 Erw. 8.5 in: SVR 2007 UV Nr. 25). Vorliegend entspricht der Verlauf durchaus dem nach einem Auffahrunfall mit erlittenem HWS-Distorsionstrauma zu Erwartenden. Im Weiteren kann auf die vorinstanzlichen Ausführungen verwiesen werden (vgl. Einspracheentscheid vom 3.8.2021 Erw. 4 S. 6f).

**8.9** Bleibt das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Dieses bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (vgl. Urteil BGer 8C\_632/2018 vom 10.5.2019 Erw. 10.5 m.w.H.). Nachdem der Beschwerdeführer seine Tätigkeit bereits direkt nach dem Unfall, wenn auch nur teilzeitlich, wiederaufnehmen und denn auch fortwährend steigern konnte und die volle Arbeitsfähigkeit schliesslich per 22. Mai 2021 wieder erreicht hat, ist dieses Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, keinesfalls in ausgeprägter Form. Soweit der Beschwerdeführer dabei vorbringt, er habe seine Arbeitstätigkeit früher aufgenommen, als es sein gesundheitlicher Zustand erlaubt hätte, damit er wieder Arbeiten und Autofahren konnte, so ist das vorliegende Kriterium auch unter Berücksichtigung einer allfällig verfrühten Wiederaufnahme der Arbeit als nicht erfüllt zu betrachten.

**8.10** Mithin ergibt sich, dass von den notwendigen Kriterien der Adäquanzprüfung keines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist und auch nicht mindestens deren vier (bei mittelschwerem Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen; vgl. hierzu vorstehend Erw. 8.2) erfüllt sind. Damit ist denn auch nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz die adäquate Unfallkausalität der über den 31. Januar 2021 hinaus geklagten Beschwerden verneint hat.

**9.** Da zusammenfassend zwischen dem Unfall vom 5. Oktober 2018 und den vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Beschwerden kein adäquater Kausalzusammenhang besteht, hat die Vorinstanz mit Verfügung vom 14. Januar 2021 - bestätigt mit vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid vom 3. August 2021 - ihre Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht per 31. Januar 2021 eingestellt.

**10.** Was sodann den vorgebrachten losen Schaufelzahn betrifft, so hat die Vorinstanz unbestrittenermassen darüber (noch) nicht befunden (vgl. vorstehend Erw. 3.4.2), und verweist diesbezüglich zu Recht auf ein separates Verfahren (vgl. Beschwerdeantwort vom 13.10.2021 Ziff. 4.4). Da die diesbezüglichen Rügen über den vorliegenden Streitgegenstand hinausgehen, braucht auf diese Thematik in diesem Verfahren denn auch nicht weiter eingegangen zu werden.

**11.** Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist daher abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

**12.** Mangels einer entsprechenden Bestimmung im UVG sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben (vgl. Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG).

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
  - den Beschwerdeführer (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 31. Januar 2022