



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 23. Juli 2020 (725 19 331 / 181)

---

**Unfallversicherung**

**Fallabschluss und namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse. Der medizinische Endzustand ist bei Schleudertraumen im Einzelfall und nicht bloss anhand statistischer Durchschnittswerte zu beurteilen.**

\_\_\_\_\_  
Besetzung                      Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber i.V. Stefan A. Buchwalder

\_\_\_\_\_  
Parteien                      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Christian Möcklin, Advokat, Steinentorstrasse 13, Postfach 204, 4010 Basel

gegen

**AXA Versicherungen AG**, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_  
Betreff                      Leistungen

A.                      A.\_\_\_\_\_, geboren 1978, war als Front Office Manager beim Hotel B.\_\_\_\_\_ tätig und in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG (AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 29. Dezember 2017 stürzte er in der Eiskunsthalle C.\_\_\_\_\_ beim Schlittschuhlaufen, fiel auf die rechte Hand respektive Daumen sowie den rechten Ellenbogen und schlug sich den Hinterkopf. Am Folgetag suchte er die Notfallpraxis des D.\_\_\_\_\_

auf, wo Kontusionen des Hinterkopfes, der Halswirbel- (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) und des Beckens sowie ein Distorsionstrauma des Daumens rechts diagnostiziert wurden. Die AXA erbrachte für die Folgen dieses Unfallereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilbehandlungskosten). Mit Verfügung vom 27. November 2018 teilte sie A. \_\_\_\_ unter Verweis auf einen fehlenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit, dass sie ihre Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 30. November 2018 einstellen würde. Dagegen erhob A. \_\_\_\_ mit Schreiben vom 26. Dezember 2018 Einsprache bei der AXA. Er begründete diese damit, dass die noch bestehenden Leiden als Folge des Unfalls anzusehen seien, weshalb ihm die gesetzlichen Leistungen auch weiterhin auszurichten seien. Mit Entscheid vom 22. August 2019 wies die AXA die Einsprache unter Verweis auf den fehlenden adäquaten Kausalzusammenhang ab.

B. Am 7. Februar 2019 teilte die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) A. \_\_\_\_ mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes derzeit keine Eingliederungsmassnahmen als möglich erachtet würden.

C. Gegen den Einspracheentscheid der AXA erhob A. \_\_\_\_, vertreten durch Christian Möcklin-Doss, Advokat, am 27. September 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids sowie der angefochtenen Verfügung sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung. Zudem seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Ausserdem sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren. Mit Eingabe vom 14. Oktober 2019 ergänzte der Beschwerdeführer seine Beschwerdeschrift.

D. Mit Verfügung vom 17. Oktober 2019 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Christian Möcklin-Doss als Rechtsvertreter bewilligt.

E. Am 28. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer medizinische Berichte der Rehaklinik E. \_\_\_\_ vom 27. September 2019 sowie des Spitals F. \_\_\_\_ vom 14. Mai 2019 nach. Zudem liess er dem Kantonsgericht einen Artikel aus der Basler Zeitung vom 23. Oktober 2019 über die falsche Behandlung von Gehirnerschütterungen zukommen.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 14. Januar 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

G. Im zweiten Schriftenwechsel mit Replik vom 1. April 2020 und Duplik vom 29. April 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2

ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 30. November 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Das Sozialversicherungsgericht stellt dabei auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt ab; vorliegend also auf den 22. August 2019. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 116 V 251 E. I.1a, 143 V 411 E. 2.1, 134 V 397 E. 6, 121 V 366 E. 1b). Sie sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2007, 9C\_101/2007, E. 3.1 und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.1).

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Ar-

beitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 358 E. 1, 129 V 181 E. 3.1, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (siehe dazu BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen Hinweisen). Hierfür reicht es jedoch nicht aus, wenn – im Sinne der Formel “post hoc ergo propter hoc” – die Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht angesehen würde, weil sie *nach* diesem aufgetreten ist (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 4.2.3, in: SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36, mit Verweis auf BGE 119 V 341 E. 2b/bb).

3.3 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 112 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Als objektivierbar gelten Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, welches eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann deshalb von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 138 V 251 E. 5.1 mit Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 232 E. 5.1 ff. mit Hinweisen).

3.4 Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen) wie folgt zu differenzieren: Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten Grundsätze zu prüfen. Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung psychischer Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE

115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), während bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

3.5 Der Unfallversicherer hat den Fall nach Art. 19 Abs. 1 UVG unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (BGE 143 V 151 E. 3.1.1 mit Hinweis). Die Prüfung des Fallabschlusses ist bei Anwendung der sogenannten „Psycho“-Praxis 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 (BGE 134 V 116 E. 6.1); weiterbestehende psychische Leiden stellen in diesen Fällen keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. September 2018, 8C\_493/2018, E. 3.2 und vom 29. April 2016, 8C\_892/2015, E. 4.1 mit Hinweisen). Demgegenüber wird die Adäquanz nach der sogenannten „Schleudertrauma“-Praxis in jenem Zeitpunkt geprüft, in dem von der Fortsetzung der auf das komplexe und vielschichtige Schleudertrauma-Beschwerdebild – dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind – gerichteten ärztlichen Behandlung insgesamt, also sowohl bezüglich der somatischen wie der psychischen Leiden, keine entsprechende Besserung mehr zu erwarten ist (BGE 134 V 116 E. 6.2; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2019, 8C\_674/2019, E. 4.1, vom 22. August 2018, 8C\_114/2018, E. 4 und vom 5. September 2017, 8C\_303/2017, E. 6.1).

3.6 Der Begriff der namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Die durch die weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG zu erwartende Besserung muss dabei ins Gewicht fallen (BGE 134 V 115 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen zu erwartender lediglich geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen einen Anspruch auf deren Durchführung. Unbedeutende Verbesserungen genügen also nicht. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2020, 8C\_614/2019, E. 5.2, in: SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 f. und vom 17. Juli 2018, 8C\_210/2018, in: SVR 2019 UV Nr. 4 S. 16, je mit zahlreichen Hinweisen). Nicht notwendig für den Fallabschluss ist hingegen, dass keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.2.2).

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Bleiben erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007 E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C\_364/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie insbesondere der Feststellung der natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von ärztlichen sowie gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 122 V 158 f. E. 1b mit Hinweisen). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein

Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Allerdings kommt solchen Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen – mit hin eine Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG – vorzunehmen (BGE 142 V 64 E. 5.1, 135 V 470 E. 4.4, je mit Hinweisen).

5. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen zahlreiche ärztliche und weitere Unterlagen vor, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Nachfolgend werden die für den vorliegenden Fall entscheiderelevanten Berichte aufgeführt.

5.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 30. Dezember 2017 fest, dass der Patient anlässlich seiner Vorstellung in der hausärztlichen Notfallpraxis des Spitals D.\_\_\_\_ starke okzipitale Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bereich der HWS, Erbrechen, Photo- und Phonophobie beklage. In der cranialen computertomographischen Untersuchung (CT) des Schädels hätten sich keine intrakraniellen Blutungen nachweisen lassen und die Schädelkalotte sei intakt. Bezüglich der HWS seien ein intaktes Alignment und keine Frakturen festgestellt worden. Es habe sich einzig eine nicht frische mehrfragmentäre, gering dislozierte Nasenbeinfraktur mit Fraktur des knöchernen Septums gezeigt. Sie diagnostizierte in der Folge eine Commotio bei Hinterkopfkollision.

5.2 Med. pract. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, beschreibt in seinem Bericht vom 15. Januar 2018, dass der Patient unter Schmerzen im Nacken mit Schwindel und gelegentlichen Sehstörungen sowie beidseitigen Verspannungen des Trapezmuskels und des Schulterblatthebers leide. Verletzungen seien keine sichtbar und auch das Scanning der HWS sei in Ordnung gewesen. Er diagnostizierte folglich eine Kontusion des Kopfs, der HWS, der LWS sowie des Beckens und verordnete Analgetika und Physiotherapie.

5.3 Anlässlich der Folgeuntersuchungen vom 19. Januar 2018 und vom 8. Februar 2018 verzeichnete med. pract. H.\_\_\_\_, dass der Patient weiterhin unter persistierenden Kopfschmerzen und Verspannungen der Nackenmuskulatur ohne deutliche Besserung leide. Er verordnete deshalb weiterhin Physiotherapie für den Kopf- und Nackenbereich. Am 9. März 2018 stellte er fest, dass sich die Verspannung der Nackenmuskulatur langsam bessern, Schmerz und Schwindel jedoch bei Belastung sofort wieder auftreten würden. Er hielt in der Folge eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf Anfang April 2018 für wahrscheinlich.

5.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, diagnostizierte am 21. Februar 2018 ein Schädel-Hirntrauma ersten Grads und legte dar, dass der Patient unter den konservativen Massnahmen bisher nur bedingt beschwerdefrei geworden sei. Mit Bericht vom 27. Februar 2018 führte er zudem aus, dass auch weiterhin eine recht diffuse Beschwerdesymptomatik bestehen würde. Am 7. April

2018 stellte er fest, dass der Patient seitens der HWS über eine persistierende Beschwerdesymptomatik mit Cervicobrachialgien klagt, weswegen eine bereits eingeleitete Physiotherapie erfolge. Anlässlich seiner letzten Untersuchung erklärte Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Mai 2018, dass der Patient auch weiterhin über Cervicobrachialgien sowie Lumbalgien klagt. Es könne zudem eine posttraumatische Belastungsstörung und eine ausgeprägte Angst vor Schmerzen vorliegen. Gegenüber der IV-Stelle stellte er in seinem Bericht vom 5. Juli 2018 erneut ein Schädel-Hirntrauma ersten Grads fest und äusserte zudem die Diagnose einer Zerrung der HWS sowie des Verdachts auf eine Schmerzverarbeitungsstörung.

5.5 Im Care Management Bericht der AXA vom 3. Mai 2018 wurde vonseiten der Beschwerdegegnerin verzeichnet, dass der Beschwerdeführer über dauernde Rückenschmerzen in der Kreuzgegend mit Ausstrahlung im ganzen Rücken, über Verspannungen im Nackenbereich beidseits, über eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, über tägliche Kopfschmerzen sowie über Konzentrationsschwierigkeiten und Schwindel klagt, weshalb er sich zweimal wöchentlich in Physiotherapie begeben und entsprechende Schmerzmedikation erhalten.

5.6 Anlässlich seiner spinalchirurgischen Untersuchungen vom 5. Juni 2018 stellte Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt Spinale Chirurgie des Spitals D.\_\_\_\_, chronische Schmerzen lumbal und im Bereich des cervicothorakalen Überganges sowie eine Druckdolenz über der Dornfortsatzreihe der oberen Brustwirbelsäule (BWS) fest. Trotz initiiertem physiotherapeutischer Behandlung und angepasster Analgesie käme es zu einer bleibenden Schmerzsituation, welche mittlerweile chronifiziert sei. Die radiologische Untersuchung der HWS und LWS im Stehen vom gleichen Tag zeige einen altersentsprechenden regelrechten Normbefund und keinen Hinweis auf eine knöchernen Verletzung. Auch indirekt würden sich im Bereich der Bandscheibenräume keine Listhesen oder Höhenminderungen zeigen. Es beständen zudem keine höhergradigen degenerativen Veränderungen der LWS. Das Alignment der Wirbelhinterkanten sei sowohl cervical als auch lumbal sehr gut. Er verordnete deshalb weiterhin physiotherapeutische Behandlungen im Sinne einer sanften Traktionsbehandlung zur Analgesie, zur Propriozeption und zur Verbesserung der Muskelfunktion.

5.7 Im Protokoll des Triage-Gesprächs der IV-Stelle vom 28. Juni 2018 wurde verzeichnet, dass der Beschwerdeführer über Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen klagt. Diese würden weiterhin physiotherapeutisch und medikamentös behandelt. Allerdings teile er mit, dass er, sobald es seine gesundheitliche Situation wieder zulasse, wieder in einer Leitungsposition in der Hotellerie arbeiten wolle.

5.8 Mit Bericht vom 14. August 2018, unter Hinweis auf die magnetresonanztomographischen Untersuchungen (MRT) der HWS und LWS vom 16. Juli 2018, diagnostizierte Dr. J.\_\_\_\_ eine chronische Cervicothorakalgie sowie Lumbalgie. Klinisch präsentiere sich der Patient unverändert zur Voruntersuchung vom 5. Juni 2018. Es beständen sowohl an der HWS wie auch an der LWS ein intaktes Alignment und keine Frakturen und es fehle auch an suspekten ossären Läsionen. Eine Spinalkanaleinengung sowie Nerven- respektive Wurzelkompressionen seien auszuschliessen und auch hinsichtlich der Bandstrukturen würden sich keine Verletzungen zei-

gen. Traumafolgen seien nicht ersichtlich. Es lägen lediglich geringe mehrsegmentale, altersentsprechende degenerative Veränderungen der HWS und der unteren LWS vor. Die Ursache für die chronische Schmerzsituation bleibe deshalb weiterhin unklar. Ergänzend zur pharmakologischen Schmerzbehandlung sei deshalb eine Kortison-Stosstherapie initiiert.

5.9 Am 29. August 2018 berichtete Dr. J.\_\_\_\_, dass im Zeitraum der durchgeführten Kortison-Stosstherapie eine subjektiv deutliche Linderung der Beschwerden aufgetreten sei, nach Absetzen der Therapie und unter Alltagsbelastung die Beschwerdesymptomatik jedoch wiedereingesetzt habe. Er empfehle deshalb eine Abklärung einer möglichen rheumatoiden Erkrankung sowie die Wiederaufnahme einer symptomorientierten physiotherapeutischen Behandlung und einer begleitenden antiphlogistischen Therapie.

5.10 In ihrer rheumatologischen Untersuchung vom 15. Oktober 2018 stellte Dr. med. Dr. phil. nat. K.\_\_\_\_, damals Assistenzärztin Rheumatologie des Spitals D.\_\_\_\_, fest, dass der Beschwerdeführer starke, morgendlich betonte Schmerzen hauptsächlich im Bereich der HWS sowie weniger stark ausgeprägt im Bereich der BWS und LWS verspüre. Häufig wären zudem Kopfschmerzen zu verzeichnen. Er sei zudem subjektiv stark kognitiv verlangsamt, verspüre Angst vor Schmerzen und habe Schlaf- sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Augenentzündungen, Visusstörungen sowie eine Photosensibilität würden jedoch nicht mehr vorliegen. Sie stelle bei ihm einen Muskelhartspann beidseits des Nackens mit dortiger Druckdolenz fest; ebenso bestehe eine Druckdolenz paravertebral in der mittleren BWS sowie im lumbosakralen Übergang rechtsbetont, aber keine Klopfdolenz der Dornfortsätze. Die morgendliche Akzentuierung und das teilweise Ansprechen auf Kortikosteroide mute zwar entzündlich an, sie schliesse jedoch eine entzündliche rheumatische Genese der chronischen Cervicothorakalgie und Lumbalgie aufgrund der klaren zeitlichen Korrelation mit dem Unfall bei vorheriger vollständiger Beschwerdefreiheit, klinisch tastbaren Myogelosen im Bereich des Nackens sowie komplett fehlenden Entzündungszeichen aus. Bei vorhandener Chronifizierung der Beschwerden sehe sie zur Durchbrechung derselben mittels konsequenter Analgesie und hochfrequenter Physiotherapie sowie neuropsychologischer Abklärung der angegebenen kognitiven Verlangsamung, im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung, eine stationäre Rehabilitation als indiziert an.

5.11 In seinem Bericht vom 29. Oktober 2018 schloss Dr. J.\_\_\_\_ unter Verweis auf die MRT vom 5. September 2018 eine spinalchirurgische Ursache der belastungsinduzierten chronischen Cervicothorakalgie sowie Lumbalgie aus. Klinisch präsentiere sich der Patient wiederum unverändert zur Voruntersuchung; er gäbe zudem eine Konzentrationsstörung an. Strukturell würden sich in der erhobenen Bilddiagnostik keinerlei pathologische Befunde zeigen. Bezüglich der BWS werde ein altersentsprechender Normbefund ohne Kompression neuronaler Strukturen oder struktureller Läsionen aufgrund des Traumaereignisses ausgewiesen. Die Ursache der persistierenden Schmerzsituation bleibe somit weiterhin unklar. Eine Indikation für Invasivität (Operation oder Infiltration) sehe er nicht als gegeben und empfehle eine rein symptomorientierte Behandlung. Auch sei eine stationäre multimodale Schmerzbehandlung zu erwägen.

5.12 Mit Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 16. November 2018 beurteilte Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Neurologie, dass der Unfall deutlich protrahiert verlaufe. Es würden viele

Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten, ohne genügende Koordination untereinander, an diesem Fall mitarbeiten. Er legte, unter Verweis auf die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, dar, dass bei einem Distorsionstrauma und einer Commotio cerebri im vorliegenden Schweregrad eine vollständige Heilung normalerweise innert 6 Monaten gesehen werden dürfe. Bei allfälliger Persistenz der Beschwerden sei bis zum Beweis des Gegenteils von einer unfallfremden Ursache – oftmals aufgrund degenerativer Veränderungen der HWS – auszugehen. Diese wären im vorliegenden Fall zweifelsohne gegeben. Es sei für ihn nicht nachvollziehbar, wie die Schmerzen auch nach über zehneinhalb Monaten nach dem HWS-Distorsionstrauma und der Commotio cerebri auf das Unfallereignis zurückgeführt werden können. Er halte dies für ein unkritisches Vorgehen, was der Chronifizierung keinen Abbruch tue, sondern diese dadurch eher noch fördere. Es würden zudem ziemlich unkritisch neuropsychologische Defizite angegeben, welche nie verifiziert worden seien und welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Schmerzinterferenz entsprechen dürften. Die aktuellen Beschwerden würden nur möglicherweise mit dem Ereignis vom 29. Dezember 2017 in natürlichem Kausalzusammenhang stehen und es seien keine nachweisbaren, organischen Unfallfolgen respektive strukturellen Veränderungen zu beobachten. Bezüglich der Frage, ob alle geklagten Beschwerdebilder genügend abgeklärt seien, führte er aus, dass die behaupteten neuropsychologischen Minderleistungen nie objektiviert worden seien. Der geplante stationäre Rehabilitationsaufenthalt sei aus unfallbedingter Sicht nicht indiziert und ausgewiesen; vielmehr dürfte dieser einer weiteren Pathologisierung Vorschub leisten. Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands sei nicht zu erwarten.

5.13 Mit Bericht vom 14. Mai 2019 stellten die Ärzteschaft der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Spitals F.\_\_\_\_ die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Bei der klinischen Exploration sei der Patient wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert wahrgenommen worden. Die bereits im Erstkontakt beobachtbaren kognitiven Beeinträchtigungen seien jedoch auffallend. Das Sprechen des Patienten erscheine leicht verlangsamt. Immer wieder komme es zudem zu Wortfindungsstörungen. Eine Abklärung der psychosozialen und medizinischen Situation sei notwendig und auch eine schmerzpsychologisch orientierte Behandlung sei deshalb indiziert.

5.14 In seinem Austrittsbericht vom 26. September 2019 stellte Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Rehabilitation und Physikalische Medizin, Leitender Arzt der Rehaklinik E.\_\_\_\_, insbesondere die Diagnosen eines chronischen Cervikalsyndroms sowie einer Thorakolumbalgie sowie des Verdachts auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Auch sei ein mögliches protrahiertes Post-Concussion-Syndrom nicht völlig auszuschliessen, wobei hierfür die Initialbefunde beim Unfall wegweisend wären. Der Patient habe über druckartige Kopfschmerzen okzipital beidseits, einen zervikalen Schmerz rechtsbetont sowie Schmerzen am thorakalen Übergang rechtsbetont geklagt. Des Weiteren habe er Defizite bei der Konzentration, Probleme bei der Wortfindung sowie Schwierigkeiten im Wortfluss angegeben. Seine psychosoziale Situation sei sehr belastet. Die Schmerzsymptomatik habe durch die Physiotherapie jeweils nur kurzfristig und für einige Stunden verbessert werden können; eine anhaltende Schmerzlinderung sei nicht eingetreten. Dr. M.\_\_\_\_ empfehle deshalb eine weiterführende aktivierende ambulante Physiotherapie, eine Wassertherapie und eine Medizinische Trainings-

therapie zur therapeutischen Unterstützung der Alltagsstruktur. Begleitend sei auch eine verhaltenstherapeutische Therapie sinnvoll. Er empfehle zudem eine interdisziplinäre Betreuung ärztlich-evaluativ sowie begleitend psychologisch/psychiatrisch.

5.15 Mit neuropsychologischem Bericht vom 27. September 2019 stellten Dr. M.\_\_\_\_, Dr. phil. N.\_\_\_\_, Fachpsychologe FSP für Neuropsychologie und für Psychotherapie, und M.Sc. O.\_\_\_\_, Psychologe, fest, dass der Patient klinisch eine stark erhöhte Müdigkeit sowie eine psychomotorische Verlangsamung aufweise. Sein Verhalten liesse auf Schmerzen schliessen, welche von diesem auch als Rücken- und Kopfschmerzen beschrieben würden. Die Aufmerksamkeit des Patienten sei niedrig und nehme im Verlauf der Untersuchung zunehmend ab; auch sein Instruktionsverständnis sei teilweise erschwert. Insgesamt sei eine nominell mittelgradige bis schwere neuropsychologische Störung beim Patienten vorhanden, seine Merkspanne hingegen sei leicht bis mittelgradig reduziert.

6.1 Die AXA stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. August 2019 bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ausführungen ihres beratenden Arztes Dr. L.\_\_\_\_ vom 16. November 2018. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Zeitpunkt für den Fallabschluss eingetreten sei und dass die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. Dezember 2017 ständen. Wie eingangs erwähnt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie im vorliegenden Fall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Erwägung 4.4 hiervor).

6.2 Die Vorinstanz verweist im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. August 2019 insbesondere darauf, dass sich die Beschwerdesymptomatik trotz erfolgter Ergo- und Physiotherapien sowie Analgesie nur zögernd verbessert habe und sich im Verlaufe eine Symptomausweitung entwickelt habe. Es sei nicht ersichtlich, warum über den 30. November 2018 hinaus von weiteren Behandlungen noch eine namhafte Verbesserung erwarten werden solle, wenn diese bisher ausgeblieben sei. Dr. L.\_\_\_\_ führt diesbezüglich aus, dass erfahrungsgemäss bei einem Distorsionstrauma und einer Commotio cerebri im vorliegenden Kraftgrad eine vollständige Abheilung nach normalerweise sechs Monaten zu erwarten sei. Es sei für ihn nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerden auch nach über zehneinhalb Monaten noch auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Zudem seien die geschilderten neuropsychologischen Defizite unverifiziert. Unfallkausal sei seines Erachtens keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten und der stationäre Rehabilitationsaufenthalt würde vielmehr einer Pathologisierung der Beschwerden Vorschub leisten. Die Beschwerdegegnerin weist zudem in ihrer Vernehmlassung darauf hin, dass auch die nachträgliche Würdigung der Berichte der Rehaklinik E.\_\_\_\_ aufzeigen würde, dass der Endzustand schon länger erreicht worden sei. Es gehe aus diesen ebenfalls keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes oder eine Prognose für eine selbige hervor. Vielmehr würde einzig die Klärung der psychosozialen und medizinischen Situation erwähnt, woraus noch keine auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete Behandlung abgeleitet werden könne.

6.3 Der Beschwerdeführer führt aus, auf die Ausführungen von Dr. L.\_\_\_\_ sei nicht abzustellen, da dieser lediglich auf Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verweise. Aus diesen könne aber kein Rückschluss auf den hier konkret zu beurteilenden Fall gezogen werden, da der Einzelfall und nicht der „Normalfall“ betrachtet werden müsse. Auch habe Dr. L.\_\_\_\_ nicht alle zur Verfügung stehenden Arztberichte – nämlich insbesondere nicht jene des Aufenthaltes in der Rehaklinik E.\_\_\_\_ vom 14. August 2019 bis zum 14. September 2019 – zur Redaktion seiner Stellungnahme beigezogen. Da aber die Krankenversicherung für jenen Aufenthalt Kostengutsprache erteilt habe, sie dies aber ohne überwiegende Wahrscheinlichkeit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes durch selbigen nicht getan hätte, wäre seine Stellungnahme auch diesbezüglich fehlerbehaftet. Auch setze sich Dr. L.\_\_\_\_ nicht seriös mit der Aktenlage auseinander, wenn er einerseits eine „unkritische“ Angabe neuropsychologischer Defizite bemängle, aber seinerseits ebenso lediglich angebe, dass diese Defizite „einer Schmerzinterferenz entsprechen dürften“. Schliesslich habe Dr. L.\_\_\_\_ auch konkludent anerkannt, dass der Fallabschluss zu früh erfolge, indem er erklärt habe, dass die behaupteten neuropsychologischen Minderleistungen nie hinreichend abgeklärt worden seien.

6.4 Zu Recht weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass die Prüfung erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen hat (BGE 130 V 384 E. 2.3.1). Der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung und damit der zu erwartenden Besserung des Gesundheitszustandes ist aber – im Sinne der Forderung des Beschwerdeführers – aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalles vorzunehmen (vgl. Urteile des EVG vom 16. März 2006, U 228/05, E. 2.2.1 und vom 11. Februar 2004, U 246/03, E. 2.4, in: HAVE 2004 S. 119 f.). Die Frage nach dem Abschluss des Heilungsprozesses kann deshalb nicht für alle Versicherten, die eine bestimmte Verletzung erlitten haben, gleich beantwortet werden (vgl. Urteile des EVG vom 17. Februar 2006, U 341/05, E. 4.1 und vom 20. Juli 2005, U 198/05, E. 3.1, mit Hinweis). Dies bedeutet, dass der Verweis auf einen statistischen Durchschnittswert als medizinische Erfahrungstatsache, welcher zu einer für alle Schleudertraumen gleich zu bemessenden Heilungsdauer führen würde, zwar für den Regelverlauf heranzuziehen, für den Einzelfall jedoch unbehelflich ist. Wenn Dr. L.\_\_\_\_ deshalb auf „Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“ (gemeint sind wohl die in Überarbeitung befindlichen „Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie vom 30. September 2012 [Leitlinien]) verweist, entbindet ihn dies nicht von einer Betrachtung des Einzelfalles. Dies insbesondere, da die von ihm angeführten Leitlinien selber ausführen, dass immerhin „12 % der Patienten [...] nach 6 Monaten noch nicht bei ihrem Status quo ante angelangt [sind]“ (Leitlinien, S. 5). Ähnlich formulierte die Konsensusgruppe Olten dies bereits 2005, als sie darauf hinwies, dass „mehr als 10 % der in der Schweiz pro Jahr gemeldeten kraniozervikalen Beschleunigungstraumen [...] einen protrahierten oder chronischen Verlauf [zeigen würden]“ (HANS RUDOLF STÖCKLI ET AL., Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma [cKZBT, sog. Schleudertrauma] [ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury], Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13. Januar 2005, in: Schweizerisches Medizinisches Forum 2005/5, S. 1182). Ein über mehrere Monate dauernder Heilungsprozess bei Schleudertraumen der HWS oder äquivalenten Verletzungen ist deshalb keineswegs unüblich (vgl. Urteil

des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 14. Februar 2013, 725 12 271/29, E. 6.3.2). Auch das Bundesgericht hat erkannt, dass in solchen Fällen selbst eine Behandlungsbedürftigkeit während zwei bis drei Jahren durchaus im Rahmen liegen kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Oktober 2012, 8C\_269/2012, E. 6.4.8 und vom 23. April 2008, 8C\_402/2007, E. 5.2.3, je mit Hinweisen). Im Lichte dieser Praxis der einzelfallweisen Betrachtung sind deshalb auch jene Urteile zu sehen, in denen ein Fallabschluss – nach erlittenem Schleudertrauma – nach sieben (vgl. Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. Januar 2014, UV.2012.00164, E. 4.5, vom 30. Juni 2011, UV.2010.00037, E. 4 und vom 13. Januar 2010, UV.2008.00284, E. 4.3), vierzehn (vgl. Urteil des EVG vom 11. Februar 2004, U 246/03, E. 2.5, in: HAVE 2004 S. 119 f.) respektive achtzehn Monaten (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. August 2009, UV.2007.00544, E. 3.3.2) als verfrüht angesehen wurde.

6.5.1 Ob im vorliegenden Fall noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu erwarten sei, ist deshalb für den konkreten Einzelfall und prognostisch zu klären. Eine retrospektive Betrachtung ist für diese Beurteilung grundsätzlich unzulässig (vgl. Erwägung 3.6 hiervor). Die Beschwerdeinstanz hat sich auf jene Akten zu stützen, welche zum Zeitpunkt des umstrittenen Verfügungserlasses in Form des Einspracheentscheids vom 22. August 2019 der verfügenden Instanz und ihren beratenden Ärzten vorlagen. Soweit also Berichte der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ vom 26. und 27. September 2019 von den Parteien bemüht werden, ist auf diese deshalb vorliegend nicht einzugehen.

6.5.2 Der Bericht von Dr. L.\_\_\_\_\_, auf welchen sich die Beschwerdegegnerin stützt, wurde am 16. November 2018 erfasst. Für die Frage, ob Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der darin festgehaltenen prognostischen Ausführungen bezüglich einer Verbesserung des Gesundheitszustandes bestehen, sind deshalb vor allem die aktuellsten ihm vorliegenden Berichte zu betrachten. Aufschlussreich sind hierbei insbesondere die Berichte von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 und von Dr. J.\_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2018. Dr. K.\_\_\_\_\_ empfahl zur Durchbrechung der Chronifizierung der Beschwerden eine konsequente Analgesie und hochfrequente Physiotherapie sowie eine neuropsychologische Abklärung der kognitiven Verlangsamung in Form einer stationären Rehabilitation. Auch Dr. J.\_\_\_\_\_ wies darauf hin, dass eine stationäre multimodale Schmerzbehandlung bei fehlender Indikation für Invasivität diskutiert werden müsse. In gleichem Sinne empfehlen die durch die Beschwerdegegnerin genannten Leitlinien „bei komplexerer und langanhaltender Symptomatik [eine] multimodale und interdisziplinäre Therapie nach stringentem Konzept [...], z.B. [durch] Kombination von Antidepressiva, kognitiver Verhaltenstherapie und Physiotherapie oder Koordinationsübungen [...]“ (Leitlinien, S. 6). Mit diesen Therapieempfehlungen von Dr. K.\_\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_\_ setzt sich Dr. L.\_\_\_\_\_ nicht substantiiert auseinander. Anstelle einer konkreten Bewertung der gestellten Diagnosen und empfohlenen Therapien in Bezug auf den vorliegenden Einzelfall verweist Dr. L.\_\_\_\_\_ lediglich auf eine unkoordinierte Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte, eine unkritische Widergabe neuropsychologischer Defizite und – wie aufgezeigt – unzulässigerweise auf die Unvereinbarkeit mit statistischen Durchschnittswerten. Eine Abwägung des Für und Wider der verschiedenen Meinungen und eine schlüssige Begründung, weshalb von den empfohlenen Therapien keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei, fehlen gänzlich. Auch eine Gegenüberstellung

der Therapieempfehlungen der behandelnden Ärzte mit jener der von ihm zitierten Richtlinien fehlt. Er vermutet lediglich, dass die empfohlene stationäre Rehabilitation den Effekt haben könnte, einer Pathologisierung Vorschub zu leisten; auch hierzu fehlt eine klare Begründung. Es sind deshalb Zweifel an der unvollständigen und äusserst knappen Beurteilung durch Dr. L. \_\_\_\_\_ nicht von der Hand zu weisen. Sein Bericht erweist sich in dieser Hinsicht deshalb nicht als genügend verlässlich, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ausbleiben einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu schliessen. Indem sich die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beweiswürdigung einzig auf diesen Bericht – sowie die darin erwähnte medizinische Erfahrungstatsache – beschränkt und gleichzeitig die medizinischen Besonderheiten des vorliegenden (Einzel-)Falles ausser Acht gelassen hat, hat sie deshalb – wie der Beschwerdeführer zu Recht beanstandet – eine unvollständige und im Ergebnis (rechts-)fehlerhafte Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes vorgenommen.

6.5.3 Aus den Akten lassen sich keine anderen Berichte entnehmen, aus welchen zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses hervorgehen würde, dass sich der medizinische Endzustand bereits eingestellt hätte und der Fallabschluss somit gerechtfertigt gewesen wäre. Die Aktenlage lässt deshalb einen Entscheid darüber, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. August 2018 eingestellt hat, nicht zu. Die Sache ist deshalb zur weiteren Abklärung betreffend Zeitpunkt des Fallabschlusses an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie anschliessend über den Leistungsanspruch erneut entscheidet.

7.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte zwar nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1). Da die Beschwerdegegnerin vorliegend nicht alle notwendigen Abklärungen betreffend den Fallabschluss vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen.

7.2 Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 22. August 2019 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat abzuklären, ob in Bezug auf die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorhandenen medizinischen Unterlagen – unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Falles – prognostisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte, dass keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei. Gestützt auf diese Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin neu über den Leistungsanspruch des Versicherten zu verfügen.

8.1 Es bleibt über die Kosten des vorliegenden Verfahrens zu befinden. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts ist unter Obsiegen im Streit um eine Leistung in der Sozialversicherung nicht nur das materielle Obsiegen in dem Sinne zu verstehen, dass die Beschwerde führende Person die beantragte Leistung erhält. Vielmehr genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 235 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der in der Honorarnote geltend gemachte Zeitaufwand von insgesamt 15.9 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in der Honorarnote angegebenen Stundensatz von Fr. 200.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'597.30 (15.9 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 160.10 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 22. August 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die AXA Versicherungen AG hat dem Beschwerdeführer eine Parteient-schädigung in Höhe von Fr. 3'597.30 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>