Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. August 2012 (725 12 200)

Unfallversicherung

Adäquanzprüfung nach HWS-Distorsion

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen
	gegen
	SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1950 geborene A.___ arbeitete als Schleifer bei der B.___ & Cie. in C.____ und war durch seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 14. Dezember 2010 erlitt er eine Auffahrkollision. Sein Fahrzeug und das ihm nachfolgende Fahrzeug hatten auf schneebedeckter Fahrbahn vor einem plötzlich die Fahrbahn überquerenden Fussgänger angehalten, als der an dritter Stelle nachfolgende Automobilist auf das Heck des hinter ihm stehenden Personenwagens auffuhr, woraufhin dieser auf das Heck des Fahrzeugs geschoben wurde, in welchem sich der Versicherte als Beifahrer befunden hatte. Der Versicherte suchte noch gleichentags die Notfallstation des Spitals D.____ auf, wo ein kranio-zervikales Beschleu-

nigungstrauma diagnostiziert wurde. Nach Eingang der durch die Arbeitgeberin erstatteten Unfallmeldung erbrachte die SUVA die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen dieses Unfalls.

B. Ab 3. Januar 2011 nahm der Versicherte nach einer zunächst vollständigen Arbeitsunfähigkeit seine Arbeit wieder auf. Aufgrund persistierender Beschwerden wurde er ab Ende Januar 2011 jedoch wieder zu 50% arbeitsunfähig geschrieben. Ab 8. April 2011 wurde dem Versicherten schliesslich eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Nach einem ambulanten Assessment in der Klinik E.____ begab sich der Versicherte in ambulante Behandlung der F.____. Am 6. Dezember 2011 erging eine abschliessende kreisärztliche Beurteilung. Gestützt darauf stellte die SUVA mit Verfügung vom 6. Januar 2012 ihre Versicherungsleistungen per 31. Januar 2012 ein. Daran hielt sie auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 21. Mai 2012 fest.

C. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 20. Juni 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung an die SUVA zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm eventualiter die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin zu bewilligen seien.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 30. September 2011 beantragte die SUVA, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 Birsfelden, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 des Versicherten ist demnach einzutreten.

2. In ihrer Verfügung vom 6. Januar 2012, die sie mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Mai 2012 bestätigt hat, hat die Beschwerdegegnerin an der Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 31. Januar 2012 festgehalten. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung besitzt.

3. 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 Prozent 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 Prozent 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).

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt als erstes voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 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. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen natürlichen Kausalzusammenhang als anspruchsbegründender Tatsache Rechte ableiten wollte (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese 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).

5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

5.2 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 111 f. 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 konstanter bun-

desgerichtlicher Rechtsprechung kann deshalb von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (für viele: Urteil G. des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 ff. mit Hinweisen).

5.3.1 Den ärztlichen Stellungnahmen lassen sich keine Anhaltspunkte für organisch nachweisbare Schädigungen im Sinne von strukturellen Veränderungen im Bereich der HWS entnehmen. Den medizinischen Akten des vorliegenden Falles kann entnommen werden, dass der Versicherte anlässlich des Auffahrunfalls vom 14. Dezember 2010 eine HWS-Distorsion erlitten hat. Den anlässlich der Erstbehandlung im Spital C.____ angefertigten Röntgenbildern zufolge war indessen kein pathologischer Befund zu entnehmen. Auch die neurologische Erstuntersuchung ergab durchwegs normale Befunde (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstraume vom 14. Dezember 2010, SUVA Akt Nr. 2). Das in der Folge am 4. Februar 2011 durchgeführte Magnetic Resonance Imaging (MRI) zeigte weder intrakranielle Traumafolgen noch Hinweise einer diskoligamentären Verletzung der Halswirbelsäule (HWS). Weder konnte eine Myelopathie noch ein Hinweis auf eine Dissektion der Arteria vertebralis erkannt werden. Erhoben wurden stattdessen degenerative Veränderungen im Segment HWS 5/6 mit dem Korrelat einer foraminalen Enge beider C6-Wurzeln infolge einer hypertrophen Uncovertebralarthrose (vgl. MRI von Dr. G.____, Institut H.____vom 4. Februar 2011; ebenso Bericht von Dr. I.____, Reha J.____, vom 24. März 2011). Hinsichtlich dieses bildgebenden Befunds handelt es sich somit um einen Zustand, der gerade nicht auf das fragliche Unfallereignis zurückgeführt werden kann. Die weitere Untersuchung anlässlich der Rehabilitation in K.____ ergab keinerlei auffällige Befunde (vgl. Ambulantes Assessment der Klinik E.____ vom 16. Mai 2011, S. 6). Entsprechend wurde der Versicherte anlässlich einer Besprechung mit dem Kreisarzt auch darauf hingewiesen, dass es sich bei den geltend gemachten Beschwerden um eine funktionelle Ausweitung der Symptome handle, demgegenüber organisch keinerlei Verletzungen nachgewiesen worden seien (vgl. Besprechungsnotiz vom 28. Juli 2011, SUVA Akt Nr. 38; kreisärztlicher Untersuchungsbericht vom Dr. L.____ vom 28. Juli 2011, S. 3). Damit übereinstimmend kam auch der neurologische Gutachter zum Ergebnis, dass lediglich degenerative Veränderungen nachweisbar seien (vgl. Neurologisches Konsilium von Dr. M.____ vom 14. November 2011, S. 5). Gegenteilige Einschätzungen sind den Akten keine zu entnehmen. Mithin liegen keine unfallbedingten, strukturell objektivierbaren Veränderungen der HWS vor (vgl. kreisärztliche Beurteilung von Dr. L.____ vom 6. Dezember 2012, S. 2). Die vom Beschwerdeführer geklagten Nackenschmerzen sind vielmehr als funktionelle Beeinträchtigungen einzustufen.

5.3.2 Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf das neurologische Konsilium von Dr. M.____ den Standpunkt vertritt, den geklagten Beschwerden liege allenfalls doch ein organisches Korrelat zu Grunde, macht er letztlich geltend, diese Beschwerden stünden in einem unmittelbaren, natürlichen Kausalzusammenhang zum erlittenen Auffahrunfall. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der neurologische Gutachter mögliche Hinweise auf eine allenfalls erlittene milde traumatische Hirnschädigung explizit ausgeschlossen hat. Entgegen den in der Beschwerdebegründung nur auszugsweise wiedergegebenen

Aussagen bringt Dr. M.____ sodann keine Vorbehalte gegenüber den übrigen medizinischen Unterlagen an. Daran vermag weder die biomechanische Kurzbeurteilung, wonach die aufgetretenen Beschwerden durch die erlittene Kollision eher erklärbar seien, noch die in der Beschwerde lediglich auszugsweise zitierte Aussage des Neurologen, wonach die geklagten Schmerzen als posttraumatisch zu bezeichnen seien (vgl. neurologisches Konsilium vom 14. November 2011, S. 5), etwas zu ändern.

Die Aussage, dass die Beschwerden und Befunde des Versicherten durch die Kollisionseinwirkung vorliegend eher erklärbar seien, bezieht sich gerade nicht auf den längerfristigen Verlauf der Beschwerden (vgl. Biomechanische Kurzbeurteilung vom 11. Mai 2011, S. 4, in fine). Die Feststellung des Neurologen, wonach die Beschwerden posttraumatischer Natur seien, ist sodann ausschliesslich in einem zeitlichen Kontext zu verstehen. In qualitativer Hinsicht stehen die geklagten Beschwerden im Zusammenhang mit dem diagnostizierten Schmerzsyndrom. Der Diagnose eines chronischen zerviko-zephalen Schmerzsyndroms aber ist inhärent, dass just kein organisches Korrelat die geklagten Beschwerden zu erklären vermag. Dr. M.____ bestätigt damit geradezu die bereits zuvor erhobenen Untersuchungsergebnisse, wonach der MRI-Befund degenerativer Natur sei und gerade keine strukturelle, traumatische Läsion vorliege. Nichts anderes gilt mit Blick auf die Bemerkung des begutachtenden Neurologen, wonach es in solchen Situation immer schwierig sei, das allenfalls zu Grunde liegende Korrelat abzugrenzen. Der Neurologe bezieht sich dabei nicht etwa auf ein mögliches, organisches Korrelat, welches auf den erlittenen Unfall zurückzuführen wäre. Seine Bemerkung erfolgt vielmehr im Kontext des im Ergebnis nur deskriptiv zu diagnostizierenden, zervikalen Schmerzsyndroms und dient der Erläuterung, weshalb trotz fehlender Befunde letztlich aufgrund degenerativer Veränderungen dennoch ein zervikales Schmerzsyndrom diagnostiziert wurde. Wie rund ein halbes Jahr zuvor bereits die Klinik E.____ festgehalten hatte, kommt auch Dr. M.____ letztlich zum schlüssigen Ergebnis, dass der bisherige Verlauf der Symptomatik aus somatischer Sicht gerade nicht erklärbar sei, sondern vielmehr ein Verdacht auf eine erhebliche funktionelle Symptomausweitung bestehe und damit von einer psychiatrisch bedingten Schmerzfehlverarbeitungsstörung auszugehen sei. Diese Schlussfolgerung deckt sich wiederum mit der psychiatrischen Beurteilung von Dr. N.____ vom 1. Dezember 2011, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren sei. Damit aber gelangt der Neurologe in nachvollziehbarer Weise zur übereinstimmenden und damit schlüssigen Beurteilung, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden, insbesondere in Form von konstant vorhandenen Nacken- und Hinterkopfschmerzen, ausschliesslich als funktionelle Beeinträchtigungen einzustufen sind, die ihrerseits auf eine psychiatrische Genese in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zurückzuführen sind.

5.3.3 Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Die ärztlichen Berichte und Konsilien erweisen sich als kongruent (vgl. soeben oben, Erwägung 5.3.2). Entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Meinung sind

gestützt auf die medizinische Aktenlage im vorliegenden Fall von zusätzlichen Untersuchungen keine zweckdienlichen Ergebnisse zu erwarten. Von ergänzenden Untersuchungen ist deshalb abzusehen (vgl. Urteil Z. des Bundesgerichts 8C_31/2008 vom 2. Juli 2008, E. 4.2 mit Hinweis).

5.4 Damit wäre zu prüfen, wie es sich mit den vom Versicherten geklagten Beschwerden verhält, die keinem organischen Substrat zuzuordnen sind. Fehlt es am Nachweis organischer Funktionsausfälle, ist die Unfallkausalität grundsätzlich nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädelhirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen. Massgebliche Grundlage für die Beurteilung bilden auch in diesem Fall die medizinischen Fakten wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. Das Vorliegen eines Schleudertraumas und seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein (BGE 119 V 340 E. 2b/aa). Ärztlichen Berichten, welche in der Frühphase nach dem Unfallereignis erstellt wurden, kommt eine besondere Bedeutung zu. Spätere, retrospektive Beschreibungen der Initialsymptome (Beschwerden, die innerhalb von drei Tagen auftraten) können unzuverlässig sein (vgl. Bericht der Kommission "Whiplash-associated Discorder", Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma ["whiplash-associated discorder"], in: Schweizerische Ärztezeitung Band 81 [2000] S. 2218 ff.) Auch diesbezüglich wäre in der Prüfungsabfolge zunächst die natürliche Kausalität dieser Beeinträchtigungen zum Unfallereignis zu untersuchen. Nach der Rechtsprechung kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang indessen allerdings in jenen Fällen offen gelassen werden, in welchen der für die Bejahung einer Leistungspflicht erforderliche adäquate Kausalzusammenhang ohnehin verneint werden muss, was vorliegend - wie sogleich aufzuzeigen sein wird - der Fall ist (SVR 1995 U 23 S. 68 E. 3c; ebenso: Urteil des Bundesgerichts 8C_182/2010 vom 2. Juli 2010, E. 3.2).

6.1 Nach konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer die Heilbehandlung und das Taggeld solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und allenfalls auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.3; BGE 133 V 57 E. 6.6.2 S. 64; BGE 128 V 169 E. 1b S. 171 mit Hinweisen). Solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden kann, ist es dem Unfallversicherer hingegen verwehrt, den Behandlungsabschluss herbeizuführen (Urteil H. des EVG vom 10. Januar 2005, U 269/04, E. 1.3). Es ist nicht Sache der versicherten Person, den Erfolg von Heilungsmassnahmen zu beurteilen. Wenn mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann, ändert deshalb auch die Geltendmachung andauernder Schmerzen nichts an der Tatsache, dass ein Anspruch auf eine weiterführende Behandlung nicht mehr besteht und der Unfallversicherer den Fallabschluss vorzunehmen hat (ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Art. 19, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 145).

6.2 Anlässlich der Untersuchung in der Klinik E.____ im Mai 2011 konnte ein nur ungenügender Zugang sowohl für aktive als auch passive Therapiemassnahmen gefunden werden.

Mangels verhandelbarer Aktivitätsziele wurde daher bereits dazumal auf ein fehlendes Rehabilitationspotenzial geschlossen (vgl. ambulantes Assessment der Klinik E.____ vom 16. Mai 2011, insbesondere S. 3 ad Schlussfolgerungen und Empfehlungen). Auch die damals noch als sinnvoll erachtete psychosomatisch orientierte Behandlung erwies sich kurze Zeit später als kaum mehr möglich (vgl. Behandlungsbestätigung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der F.____ vom 18. August 2011). Nichts anderes geht aus der Bestätigung des behandelnden Hausarztes im Juni 2011 hervor, wonach ein erneuter Arbeitsversuch bereits nach einer Stunde abgebrochen werden musste (vgl. Verlaufsbericht von Dr. O.____ vom 6. Juni 2011). Entsprechend nachvollziehbar gelangte deshalb auch die behandelnde Psychologin im Oktober 2011 zum Schluss, dass nicht mehr von einer namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse ausgegangen werden könne (vgl. Telefonnotiz der SUVA vom 26. Oktober 2011, SUVA Akt Nr. 58). Übereinstimmend schloss schliesslich der begutachtende Neurologe auf eine schlechte Prognose. Der Verlauf der Symptomatik ohne jegliche Besserung trotz zahlreicher Therapiebemühungen sei auffallend. Trotz fehlender Arbeitsunfähigkeit bestehe der Eindruck, dass der Versicherte mit seinem aktiven Berufsleben abgeschlossen habe. Aus somatischer Sicht bestünden keine Therapievorschläge (vgl. neurologisches Konsilium von Dr. M.____ vom 14. November 2011). Diese Aktenlage deckt sich auch mit der kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Dezember 2011, wonach jede weitere Behandlung die Beschwerden des Versicherten weiter chronifizieren werde (vgl. ärztliche Beurteilung von Dr. L.____ vom 6. Dezember 2011, SUVA Akt Nr. 66) und nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse gerechnet werden könne (vgl. psychiatrische Beurteilung von Dr. N.____ vom 14. Dezember 2011). Damit ergibt sich, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Januar 2012 von weiteren Behandlungsmassnahmen jedenfalls keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mehr zu erwarten war. Der Fallabschluss und damit die Prüfung der Adäquanzfrage erweist sich unter diesen Umständen als berechtigt.

7.1 Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbaren 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 Halswirbelsäule, 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 (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vgl. 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 (vgl. die nachfolgende E. 7) 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), währenddem 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). Als Ausnahme von diesen Regeln greift allerdings die auf die objektiven, physischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hiefür typischen Beschwerdebild (vgl. dazu BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 382 E. 4b) gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer vorhandenen, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 E. 2a mit Hinweisen). Voraussetzung ist, dass die psychische Problematik entweder bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist oder dass die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01, Erw. 3b]).

Wird im Anschluss an ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, gehört diese nicht zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung, weil sie - anders als depressive Verstimmungen - nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen, insbesondere in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftritt (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Übersetzung der 10. Revision [1992] der International Classification of Diseases, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 4. Aufl., Bern 2000, S. 191). Kommt solchen Faktoren eine wesentliche Bedeutung zu, ist die für das bestehende Beschwerdebild ursächliche somatoforme Schmerzstörung als selbstständige sekundäre Gesundheitsschädigung zu betrachten (vgl. Urteile P. vom 30. September 2005, U 277/04, und B. vom 7. August 2002, U 313/01), weshalb die Adäquanzprüfung diesfalls nach der für psychische Unfallfolgen geltenden Rechtsprechung zu erfolgen hat (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG], seit 1. Januar 2008 Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen, U 341/04 vom 14. Dezember 2005 und U 177/05 vom 10. April 2006).

7.2 Beim Versicherten lagen nach dem erlittenen Unfallereignis verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, die zum Beschwerdebild gehören, welches für ein Schleudertrauma typisch ist (vgl. Erwägung 5.3 hiervor bzw. die dortigen Hinweise). Dies wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt; diese aber ist der Meinung, dass beim Versicherten rasch eine psychische Alteration im Vordergrund gestanden habe, welche die geklagten Beschwerden letztlich in Form einer somatoformen Schmerzstörung dominiert habe. Die Adäquanzbeurteilung sei deshalb nicht nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten Grundsätzen, sondern nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien vorzunehmen.

Der SUVA ist beizupflichten, dass der Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet, wofür der erlittene Unfall wohl den Auslöser gebildet hat. Diese Diagnose hat jedoch weitgehend unfallfremde psychosoziale Ursachen. So geht die geklagte Schmerzsymptomatik den detaillierten Aussagen der F.____ zufolge deutlich über die zu erwartenden Folgen des Unfalls hinaus und kann trotz ausführlicher Abklärungen durch eine organische Ur-

sache nicht vollständig erklärt werden. Es ist deshalb von einem erheblichen Einfluss psychischer Faktoren auszugehen, wobei insbesondere die jahrelange familiäre Belastung sowie die hohe Erwartung an das eigene Funktionsniveau mitverantwortlich ist (vgl. Behandlungsbestätigung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der F.____ vom 18. August 2011). Nichts anderes ergibt sich aus den Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters, demzufolge von einer Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer erheblichen funktionellen Ausweitung auszugehen sei (vgl. neurologisches Konsilium von Dr. M.____ vom 14. November 2011, S. 5 in fine). Ist die für das bestehende Beschwerdebild ursächliche somatoforme Schmerzstörung den übereinstimmenden Unterlagen zufolge als selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung zu betrachten (vgl. ebenso im Ergebnis kreisärztlicher Untersuchungsbericht von Dr. L.____ vom 6. Dezember 2011, ad 3.2), hat die Adäquanzprüfung rechtsprechungsgemäss nach der für psychische Unfallfolgen geltenden Rechtsprechung zu erfolgen (Urteil des EVG vom 10. April 2006, U 177/05, E. 4.2). Wie es sich damit verhält, kann letztlich allerdings offen bleiben. Wie nachfolgend zu zeigen sein wird, ist vorliegend der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 14. Dezember 2010 und den nach wie vor geklagten Beschwerden des Versicherten auch dann zu verneinen, wenn man die Adäquanzprüfung nach Massgabe der für den Versicherten günstigeren Methode von BGE 117 V 359 ff. bzw. 134 V 109 ff.vornimmt (Urteil W. des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3.4.2 mit Hinweis).

8.1 Im bereits mehrfach erwähnten BGE 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht ausführlich mit der bisherigen Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (so genannte Schleudertrauma-Praxis nach BGE 117 V 359 ff.) befasst. Dabei hat es entschieden, dass am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten sei (S. 118 ff. E. 7-9). Auch bestehe keine Veranlassung, die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung zu ändern (S. 126 f. E. 10.1). Demnach ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall nach wie vor zu verlangen, 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 anderseits und schliesslich dem dazwischen liegenden 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 (S. 126 f. E. 10.1 mit Hinweisen).

8.2 Im Übrigen hat das Bundesgericht jedoch die bisherige Schleudertrauma-Praxis im genannten Urteil BGE 134 V 109 ff. in mehrfacher Hinsicht präzisiert. So hat es die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, erhöht (S. 121 ff. E. 9) und die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert (S. 126 ff. E. 10.2 und 10.3). Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn nach dem Unfall fortgesetzt spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen war (S. 128 E. 10.2.3). Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt, dass diese erheblich sind, was auf Grund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist (S. 128 f. E. 10.2.4). Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" schliesslich ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt (S. 129 f. E. 10.2.7). Zusammenfassend hat das Bundesgericht den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 367 E. 6a, 383 E. 4b) in BGE 134 V 109 wie folgt neu gefasst (S. 130 E. 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.

9.1 Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1999 Nr. U 335 S. 207 E. bb), nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht. Dieser Grundsatz gilt sowohl in Bezug auf die Adäquanzbeurteilung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 8 S. 27 E. 5.3.1) als auch bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil I. des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C_536/2007, E. 6.1).

9.2 Die SUVA vertritt die Auffassung, dass es sich beim Verkehrsunfall, den der Versicherte am 14. Dezember 2010 erlitten hat, um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen gehandelt habe. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die Massstäbe, wie sie durch die höchstrichterliche Kasuistik entwickelt worden sind, grundsätzlich nicht zu beanstan-

den. Einfache Auffahrkollisionen auf ein haltendes Fahrzeug werden in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen betrachtet (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 8. November 2004 U 314/03, Erw. 3.1 und vom 15. März 2005 U 380/04, Erw. 5.1.2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 mit zahlreichen Hinweisen). In casu hat das Auto des Versicherten lediglich einen Heckschaden erlitten. Die beim Aufprall des nachfolgenden Fahrzeugs einhergehende Geschwindigkeitsveränderung lag im Bereich von 10 bis 15 km/h (vgl. Biomechanische Kurzbeurteilung vom 11. Mai 2011, S. 2, SUVA Akt Nr. 27). Auch wenn die kalkulierten Reparaturkosten im Umfang von rund Fr. 5'700.-- nicht unbedeutend ausgefallen sind (vgl. Gutachten der P.____ vom 11. Januar 2011, S. 13, SUVA Akt Nr. 20), sagt dies alleine noch nichts über die Schwere des Unfalls aus, da je nach Alter und Beschaffenheit des Fahrzeugs der Schaden rasch einen hohen Umfang annehmen kann. Selbst wenn das erlittene Ereignis dem mittleren Bereich aber im engeren Sinne zugeordnet würde, müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind, entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder mehrere dieser Kriterien in gehäufter oder auffallender Weise erfüllt sein (Urteile T. des Bundesgerichts vom 31. März 2009, 8C_987/2008, E. 5.2, und J. vom 16. Mai 2008, 8C_726/2007, E. 4.3.2.1).

9.3.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles, das unverändert weiter besteht (BGE 134 V 127 E. 10.2.1), ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc; Urteil A. des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Der Verkehrsunfall des Beschwerdeführers hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch ist die erfolgte Kollision - objektiv betrachtet - von besonderer Eindrücklichkeit gewesen. Der Versicherte war nach dem Unfall in der Lage, das Unfallereignis der Polizei zu melden und sich mithin um die Regelung des Unfalles zu kümmern. Auch wenn er in der Folge von der Sanität zur Kontrolle ins Spital D.____ überführt wurde, ist das Kriterium unter diesen Umständen deshalb nicht erfüllt.

9.3.2 Was das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung anbelangt, genügt die Diagnose einer HWS-Distorsion für sich allein nicht zu dessen Bejahung. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 89 E. 5.3; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 E. 5.2.3 mit Hinweisen). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 89 E. 5.3; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3 mit Hinweisen). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 127 E. 10.2.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat sich der Beschwerdeführer beim Unfall nebst der HWS-Distorsion keine weiteren Verletzungen zugezogen. Ebenso wenig lag ein Schleudertrauma-Symptom in besonders schwerer Ausprägung vor. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist daher nicht erfüllt.

9.3.3 Was das Kriterium der erheblichen Beschwerden betrifft, ist vorab festzuhalten, dass nur diejenigen erheblichen Beschwerden adäquanzrelevant sein können, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach Massgabe der glaubhaften Schmerzen und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer leidet seit dem Unfall insbesondere an persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen, die ihn auf Grund ihrer Dauer und Intensität im Lebensalltag beeinträchtigen und die deswegen als erheblich bezeichnet werden müssen. An der Glaubwürdigkeit der vom Versicherten geschilderten Beschwerden ist nicht zu zweifeln. Das Kriterium ist deshalb erfüllt. Die Beschwerden übersteigen allerdings das übliche Mass bei HWS-Distorsionen nicht derart, dass das Kriterium in besonders ausgeprägter Weise bejaht werden könnte.

9.3.4 Das nicht geänderte Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat (BGE 134 V 129 E. 10.2.5), ist unbestrittenermassen nicht erfüllt.

9.3.5 Im Zusammenhang mit dem Kriterium der ärztlichen Behandlung ist entscheidwesentlich, ob nach dem Unfall bis zum Fallabschluss eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende Behandlung notwendig war (BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Vorliegend sind neben der Untersuchung in der Reha J.____ und dem ambulanten Assessment in der Klinik E.____ zur Begutachtung lediglich Physiotherapien und Verlaufskontrollen ausgewiesen. In diesem Zusammenhang ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach Abklärungsmassnahmen im Hinblick auf therapeutische und versicherungsrechtliche Fragen sowie blossen ärztlichen (Verlaufs-) Kontrollen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt, weshalb sie in diesem Rahmen nicht zu berücksichtigen sind (Urteil A. des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.3.1). Im Lichte dieser Praxis kann vorliegend aber nicht von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden Behandlung gesprochen werden, sodass das betreffende Kriterium nicht erfüllt ist. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer diverse physiotherapeutische Behandlungen erfahren hat. Die nach dem Unfall im Spital Q.____ aufgenommene Physiotherapie in Form von wöchentlich stattfindenden Sitzungen wurde im Juli 2011 und damit noch deutlich vor dem Zeitpunkt des Fallabschlusses bereits wieder beendet (vgl. kreisärztliche Untersuchung von Dr. L.____ vom 28. Juli 2011, ad Angaben des Versicherten, S. 2). Nichts anderes gilt hinsichtlich der chiropraktorischen Massagen durch Dr. R.____ (vgl. a.a.O.). Infolge Einstellung der physikalischen Massnahmen (vgl. auch neurologisches Konsilium von Dr. M.____ vom 14. November 2011) liegt mithin gerade keine fortgesetzte Behandlung vor, wie sie rechtsprechungsgemäss für die Bejahung dieses Kriteriums indessen erforderlich wäre. Nichts anderes gilt hinsichtlich der psychologischen Behandlung. Den Angaben der behandelnden Psychologin zufolge war bereits Ende Oktober 2011 keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mehr zu erwarten (vgl. Aktennotiz der SUVA vom 26. Oktober 2011, SUVA Akt Nr. 58). Diesbezüglich kann somit auch nicht von einer Notwendigkeit der Behandlung ausgegangen werden. Die durchgeführten Heilbehandlungen erfüllen das entsprechende Kriterium daher nicht.

9.3.6 Unverändert beibehalten wurde das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen (BGE 134 V 129 E. 10.2.6). Diese beiden Teilaspekte müssen nicht kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 369 E. 7b). Aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf bzw. auf erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteile M. des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 7.6, und S. vom 16. Mai 2008, 8C_57/2008, E. 9.6.1, je mit Hinweisen). Im Vergleich mit anderen Fällen von Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen kann vorliegend bis zum Fallabschluss zweifellos nicht von erheblichen Komplikationen oder einem schwierigen Heilungsverlauf ausgegangen werden. Das Kriterium ist deshalb nicht erfüllt.

9.3.7 Als letztes Kriterium ist dasjenige der "erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen" zu prüfen. Dabei ist nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 129 E. 10.2.7 mit Hinweisen; Urteil M. des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 7.7.1 mit Hinweis). Im vorliegenden Fall war der Beschwerdeführer ab Ende Januar 2011 zunächst zu 50% und ab 8. April 2011 vollständig arbeitsunfähig. Hingegen sind keine ernsthaften Anstrengungen zur Überwindung seiner Arbeitsfähigkeit dokumentiert. Die Arbeitsversuche bei seiner ehemaligen Arbeitgeberin brach der Versicherte trotz leichtester Arbeiten im Sitzen bereits nach kürzester Zeit wieder ab (vgl. Besprechungsnotiz vom 14. Juli 2011, SUVA Akt Nr. 31). Trotz einer ihm aus somatischer Sicht attestierten, vollen Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit sah sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, seine Tätigkeit wieder aufzunehmen (Besprechungsnotiz vom 28. Juli 2011, SUVA Akt Nr. 38). Nichts anderes ergibt sich aus dem neurologischen Konsilium von Dr. M.____, wonach der Versicherte den Eindruck hinterlassen hat, mit seinem aktiven Berufsleben abgeschlossen zu haben (vgl. neurologisches Konsilium von Dr. M.____ vom 14. November 2011, S. 6). In Anbetracht dieser mangelnden Anstrengungen ist dieses Kriterium daher zu verneinen.

9.8 Zusammenfassend kann somit höchstens eines der sieben Kriterien als erfüllt betrachtet werden, wobei dieses jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise vorliegt. Der adäquate

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 14. Dezember 2010 und den nach wie vor geklagten Beschwerden des Versicherten ist demnach zu verneinen. Somit ist aber nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Mai 2012 an der Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per Ende Januar 2012 festgehalten hat. Die gegen diesen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wettzuschlagen.

Abschliessend bleibt über den Antrag des Beschwerdeführers zu befinden, es sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. Gemäss Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG wird der Beschwerde führenden Person, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt (Urteil X. des EVG vom 3. Juli 2003, U 114/03, E. 2.1). Gemäss dieser Rechtsprechung ist die unentgeltliche Verbeiständung im kantonalen Beschwerdeverfahren zu bewilligen, wenn der Prozess nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (Urteil U. des EVG vom 7. Juli 2003, U 356/02, E. 3.1; ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 451 mit Hinweisen auf BGE 100 V 62 E. 3 und 98 V 117 E. 2; vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 61 Rz. 104; vgl. ebenso § 22 Abs. 1 und 2 VPO). Die Beschwerde kann nicht offensichtlich als aussichtslos bezeichnet werden. Aufgrund der Komplexität der sich stellenden Fragen durfte der Beschwerdeführer ohne Weiteres eine Rechtsvertretung beiziehen. Hingegen ist seine Prozessbedürftigkeit zu verneinen. Dem monatlichen Gesamteinkommen des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau im Umfang von rund Fr. 6'000.-- (Ersatzeinkommen Beschwerdeführer Fr. 4'600.--; IV-Rente Ehefrau 520.--; Ergänzungsleistungen Ehefrau: Fr. 923.--) steht ein monatlicher Bedarf von Fr. 4'500.-- (Grundbedarf von Fr. 1'700.-- zuzüglich 15%; Miete von Fr. 1'250.--; Krankenkassenprämie beider Ehegatten Fr. 840.--; Steuern Fr. 300.--; anzurechnende Mobilitätskosten [U-Abo's] Fr. 160.--) gegenüber. Nach Durchführung der Bedarfsrechnung ergibt sich somit ein monatlicher Überschuss von rund Fr. 1'500.--. Praxisgemäss hat sich der Beschwerdeführer im Umfang des dreifachen Betrags dieses Überschusses an seinen Anwaltskosten zu beteiligen. Dies genügt jedoch bei weitem, die entsprechenden Bemühungen seiner Rechtsvertreterin aus eigener Kraft zu decken (vgl. Honorarnote vom 7. August 2012). Damit resultiert für das vorliegende Verfahren, dass die unentgeltliche Verbeiständung nicht bewilligt werden kann.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht