



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Juli 2012 (725 12 114)

Unfallversicherung

Natürliche Kausalität bei HWS-Distorsion; Leistungspflicht des Unfallversicherers für Heilbehandlung und Taggelder bis zum Fallabschluss

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Christof Enderle, Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Stefan Grundmann, Advokat, LL.M, Falknerstrasse 3, 4001 Basel

gegen

AXA Winterthur, Schaden Zürich, Brandschenkestrasse 24, Postfach 2175, 8027 Zürich, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1968 geborene A.____ war beim B.____ als Zolldelarant angestellt und in dieser Eigenschaft bei der AXA Winterthur (AXA) unter anderem gegen die Folgen von Berufsunfällen versichert. Am 5. Juli 2010 stürzte er bei der Arbeit von einer vereisten Ladefläche eines Lastwagens auf den Asphaltboden. In der Folge beklagte er eine nur zögerliche Besserung von Halswirbelsäulen- (HWS), Nacken-, Schulter-, und Kopfschmerzen. Am 23. Dezember 2010 trat der Versicherte in die Rehaklinik C.____ ein, wo nebst linksseitigen Schulterbeschwerden und

einer leichten traumatischen Hirnverletzung eine HWS-Distorsion sowie eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert wurden. Nachdem der Versicherte von der Gutachterstelle D.____ interdisziplinär begutachtet worden war, stellte die AXA mit Verfügung vom 25. Juli 2011 ihre Leistungspflicht per 30. Juni 2011 ein. Darüber hinaus lehnte sie eine Kostenübernahme des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik C.____ mit der Begründung ab, der Aufenthalt sei unfallbedingt nicht indiziert gewesen. Eine dagegen gerichtete Einsprache sowohl des Versicherten als auch der Krankenkasse des Versicherten, die E.____ AG, wies sie mit Entscheid vom 28. Februar 2012 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Dr. Stefan Grundmann, Advokat, am 30. März 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids vom 28. Februar 2012 seien ihm weiterhin Heilbehandlungskosten und Taggelder auszurichten. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt in der Rehaklinik C.____ zu verpflichten und es sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen.

C. Die AXA schloss in ihrer Vernehmlassung vom 9. Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde. Auf die Vorbringen der Parteien ist - soweit notwendig - in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim zuständigen Gericht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Strittig ist, ob die AXA die Erbringung ihrer Leistungen ab Ende Juni 2011 und die Kosten des bereits zuvor erfolgten stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik C.____ vom 23. Dezember 2010 bis 17. März 2011 zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Gemäss 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). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Diese entspricht dem durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt in erster Linie voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und den Gesundheitsbeeinträchtigungen ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt sie erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der krankhafte Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (vgl. Urteil L. des EVG vom 25. Oktober 2002, U 143/02, E. 3.2.).

3.1 Zur 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 (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). 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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht unlängst präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

3.2 Im Rahmen der Beurteilung der natürlichen Kausalität bei HWS-Unfällen im Besonderen ist zu unterscheiden, ob der Unfall zu organisch nachweisbaren Funktionsausfällen geführt hat oder nicht. Es werden in diesem Zusammenhang drei Kategorien unterschieden: In die erste Kategorie fallen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die ein organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung haben. Ihnen liegt ein eigentlicher organischer Befund zu Grunde. Darunter fallen etwa Nackenbeschwerden, die auf eine Wirbelfraktur zurückgehen (vgl. BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Solange organische Befunde dieser Kategorie klar nachweisbar sind, ist der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen und eine Adäquanzprüfung erübrigt sich in der Regel (vgl. BGE 134 V 111 E. 2, 117 V 365 mit Hinweisen).

In die zweite Kategorie fallen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die zwar als organisch imponieren, weil sie klinisch fassbar und durch ärztliche Untersuchungen feststellbar sind, denen aber ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung fehlt. So kann etwa ein Muskelhartspann ertastet oder eine Einschränkung der Kopfbeweglichkeit festgestellt werden.

Solchen Befunden ist eigen, dass sie erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden können. Bei einem Schleudertrauma ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und diesen Beschwerden der zweiten Kategorie sowie der damit verbundenen Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in der Regel zu bejahen, wenn ein solches Trauma diagnostiziert ist und das für diese Verletzung typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegt (vgl. BGE 119 V 338 E. 1 mit Hinweis). Dasselbe gilt bei Verletzungen im Bereich der HWS, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der HWS, Distorsionstrauma der HWS mit Kopfanprall) beruhen (vgl. RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Schleudertrauma der HWS auch ohne nachweisbare pathologische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Es ist deshalb davon auszugehen, dass ein Unfall mit Schleudertrauma der HWS eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen kann, auch wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden in manchen Fällen mit den heute verwendeten bildgebenden Untersuchungsmethoden wie Röntgen, Computertomogramm und EEG nicht objektivierbar sind, darf somit nicht dazu verleiten, sie als rein "subjektive" Beschwerden zu qualifizieren und damit deren Relevanz für die Unfallversicherung in Abrede zu stellen (vgl. BGE 117 V 363 E. 5d/aa; BGE 134 V 109 E. 7 und 8).

In die dritte Kategorie von Funktionsausfällen nach Schleudertrauma oder äquivalenten Verletzungen fallen schliesslich Beeinträchtigungen, die weder klinisch fassbar sind noch ein organisches Substrat im Sinne einer nachweisbaren strukturellen Veränderung haben. Es handelt sich dabei um blosser Klagen über diffuse Beschwerden. Bei solchen Beeinträchtigungen fehlt es bereits an der natürlichen Kausalität (vgl. BGE 119 V 340).

3.3 Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, falls sie reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen bzw. bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewandten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008, E.8.2 mit Hinweisen, ebenso Urteil des Bundesgerichts 8C_257/2008 vom 4. September 2008, E. 2). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber im umschriebenen Sinne objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz zu beurteilen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (vgl. BGE 134 V 111 E. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der sogenannten Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa), anzuwenden (vgl. BGE 124 V 111 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_257/2008 vom 4. September 2008, E. 2).

3.4 Massgebliche Grundlage für die Beurteilung der natürlichen Kausalität bilden somit auch bei Schleudermechanismen der HWS 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 ärztliche Angaben gesichert sein (vgl. 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 Disorder", Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma ["whiplash-associated disorder"], in: Schweizerische Ärztezeitung Band 81 [2000] S. 2218 ff.)

3.5 In der Praxis wird davon ausgegangen, dass die für ein HWS-Distorsionstrauma typischen Beschwerden der zweiten Kategorie (vgl. oben, Ziffer 3.2) erfahrungsgemäss innert 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall auftreten müssen, damit sie diesem zugerechnet werden können. Aufgrund der medizinischen Erkenntnisse über die Latenzzeit ist somit wichtig, was sich am Unfalltag und in der darauf folgenden Zeit zugetragen hat, wie genau die Angaben der verunfallten Person wiedergegeben wurden und was die Ärzte abgeklärt oder sonst wie festgestellt und festgehalten haben (vgl. Urteil P. des EVG vom 22. November 2002, U 207/01, E. 4.1 und J. vom 25. Juli 2000, U 423/99, E. 3b). Dabei reicht es jedoch zur Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges, wenn innert weniger Tage nach dem Unfall vorerst Nackenbeschwerden auftreten und weitere typische, zum Bild dieser Verletzung gehörende Beschwerden erst später diagnostiziert werden (vgl. Urteil R. des EVG vom 9. September 2002, U 412/01, E. 3.3).

4.1 Im vorliegenden Fall liegen verschiedene ärztliche Berichte vor. Von zentraler Bedeutung ist dabei das umfangreiche Gutachten der Gutachterstelle D._____ vom 14. Juni 2011. In diesem interdisziplinären Gutachten mit rheumatologischer, neurologischer und neuropsychiatrischer Beteiligung werden gesamtmedizinisch folgende Diagnosen gestellt: Ein leichtes Zervikovertebralsyndrom bei aktuell leichter Dysfunktion auf Niveau C 4/5 und C 3/4 und mehrsegmentalen diskreten Zeichen von Degeneration, ohne Progredienz in den letzten sechs Monaten, im Weiteren periodisch auftretende Kopfschmerzen am ehesten von zervikogen getriggertem Spannungskopfschmerz-Typ bei intermittierend auftretender diskreter Dysfunktion auf Niveau C 4/5 und C 3/4, im Weiteren ein Impingement der linken Schulter und Schulterperiarthropathie links bei kleinem Einriss der Infraspinatussehne und der bursitis subacromialis links, im Weiteren eine mittelschwere depressive Episode, ferner eine akzentuierte Persönlichkeit im Sinne von zwanghaften Persönlichkeitszügen, differentialdiagnostisch eine anankastische Persönlichkeit, im Weiteren eine subjektive kognitive Beeinträchtigung vor dem Hintergrund der psychischen Störung und der Schmerzen und schliesslich eine Schmerz- und Krankheitsverarbeitungsstörung. Der Unfall vom 5. Juli 2010 habe gemäss allen zur Verfügung stehenden Informationen nicht zu relevanten oder gar richtunggebenden Verletzungen des Kopfes, der HWS, der Schulter oder anderer Körperteile geführt, aufgrund welcher eine verzögerte Heilerholung erwartet werden sollte. Kurzzeitige, eher Tage als Wochen dauernde Beschwerden im Nacken

könnten im Zusammenhang mit dem fraglichen Unfall angenommen werden. Radiologisch seien keine strukturellen Läsionen an der HWS nachgewiesen worden. Auch funktionelle Einschränkungen liessen sich nicht mehr nachweisen. Nach dem Unfall, allerdings mit deutlicher Latenz zum Unfall, seien Beschwerden in der linken Schulter aufgetreten. Diese Beschwerde könnten durch den radiologisch nachgewiesenen kleinen Einriss in der Sehne des Musculus infraspinatus links teilweise erklärt werden. Aufgrund der deutlichen Latenz zum Unfall könnten diese Symptome aber nur möglicherweise und nicht überwiegend wahrscheinlich als unfallkausal bezeichnet werden. Weiter seien im Verlauf depressive Symptome und subjektive, kognitive Beeinträchtigungen aufgetreten, welche am ehesten im Rahmen der psychosozialen Disposition, d.h. der Persönlichkeitszüge und der psychosozialen Belastungen, und der daraus resultierenden Störung einer Adaption auf die Beschwerden zu interpretieren seien. Die psychischen und kognitiven Beschwerden seien ebenfalls mit Latenz aufgetreten und könnten nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückgeführt werden. Abgesehen von einer höchstens wenige Wochen dauernden Phase, in welcher die vom Exploranden schwerpunktmässig Nacken- bzw. Kopfschmerzen möglicherweise aber nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückgeführt werden können, müsse die Unfallkausalität der geklagten Symptome überwiegend wahrscheinlich verneint werden. Entsprechend sei der stationäre Aufenthalt in der Rehaklinik C._____ unfallbedingt nicht indiziert gewesen.

4.2 Den insgesamt vorliegenden medizinischen Unterlagen zufolge lassen sich weder strukturelle Folgen des fraglichen Unfallereignisses objektivieren, noch können die geklagten Beschwerden einem klinischen Substrat zugeordnet werden. Den ärztlichen Stellungnahmen lassen sich keine Anhaltspunkte für organisch nachweisbare Schädigungen im Sinne von strukturellen Veränderungen im Bereich der HWS entnehmen. Die in einer ersten Phase nach dem Unfallereignis angefertigten Röntgen zeigten keine nachweisbaren Frakturen (vgl. Bericht der Interdisziplinären Notfallstation des Spitals F._____ vom 5. Juli 2010; Arztzeugnis UVG des Spitals F._____ vom 4. August 2010). Im MRT des Spitals SPITAL G._____ vom 2. September 2010 wurde ein unauffälliger Befund festgehalten. Demnach bestanden keine wesentlichen degenerativen Veränderungen im Bereich der Bandscheiben und der Wirbelkörper. Das Signalverhalten der Weichteile war normal. Zwei weitere, zwecks Ausschluss posttraumatischer Veränderungen durchgeführte Magnetresonanztomographien (MRT) des Neurocraniums vom 5. Januar 2011 bzw. vom 7. Februar 2011 ergaben einen Verdacht auf eine kleine venöse Dysplasie, die jedoch nicht im Zusammenhang mit einem Trauma gestanden hat (vgl. Bericht der Klinik H._____ vom 5. Januar und 7. Februar 2011). Hinsichtlich dieses spezifischen, bildgebenden Befunds handelt es sich somit um einen Zustand, der nicht auf das fragliche Unfallereignis zurückgeführt werden kann. Auch eine weitere Verlaufskontrolle der HWS am 26. Mai 2011 ergab keinerlei posttraumatische Befunde. Insgesamt wurde vielmehr festgehalten, dass die degenerativen Veränderungen nur minimal ausgebildet seien und keinerlei Progredienz derselben festgestellt werden könne (vgl. Bericht des Spitals SPITAL G._____ vom 27. Mai 2011). Damit übereinstimmend kamen auch die Gutachter der D._____ zum Ergebnis, dass die Radiographie keine Nachweise von Frakturen oder sonstigen Auffälligkeiten ergeben habe und mithin keine unfallbedingten, strukturell objektivierbaren Veränderungen der HWS vorliegen (vgl. Gutachten D._____ vom 14. Juni 2011, S. 38 und 41 a.E.). Gegenteilige Einschätzungen sind den Akten keine zu entnehmen. Vielmehr konnte auch der begutachtende Neurologe des D._____ keine

Anhaltspunkte für traumatische Unfallfolgen eruieren (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 41). Es liegen somit keine organischen Beschwerden vor, die auf das fragliche Unfallereignis vom 5. Juli 2010 zurückgeführt werden können. Die vom Beschwerdeführer geklagten Nackenschmerzen sind vielmehr als Beeinträchtigungen der obgenannten zweiten Kategorie (vgl. oben, Ziffer 3.2) einzustufen.

4.3 Daran vermag nichts zu ändern, dass beim Versicherten eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) zu diagnostizieren sei (vgl. Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 17. März 2011). Unter dem Begriff der MTBI wird ein kraniales Trauma verstanden, welches durch Kontaktkräfte (z.B. Kopfanprall oder einen Schlag auf den Kopf) oder durch eine Akzeleration bzw. Dezeleration bedingt ist und zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt (vgl. ADRIAN SIEGEL, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2005, S. 165). Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose einer MTBI entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem auslösenden Unfallereignis oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der Glasgow Coma Scale (GCS) von 15 bis 30 Minuten nach dem Unfall oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein vgl. SIEGEL, a.a.O., S. 16, Tabelle 9, mit Hinweisen). Die Diagnose einer MTBI alleine bedeutet nicht, dass zugleich auch eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung im Sinne der Rechtssprechung zum Schleudertrauma der HWS und zum Schädelhirntrauma vorliegt. Hierfür notwendig ist vielmehr eine feststellbare intrakranielle Läsion oder ein messbarer Defektzustand in Form neurologischer Ausfälle, wie sie nach einer Contusio cerebri auftreten können (vgl. SIEGEL, a.a.O., S. 164).

Im vorliegenden Fall sind die definitionsgemässen Voraussetzungen für eine MTBI nicht erfüllt. Den medizinischen Unterlagen zufolge bestehen zunächst keine Hinweise auf eine objektiv nachweisbare Läsion des Gehirns, da mit Ausnahme einer unfallfremden venösen Dysplasie keine organische Grundlagen erhoben und somit keine Anhaltspunkte für traumatische Unfallfolgen eruieren konnten (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 41). Die Diagnose einer MTBI im Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 17. März 2011 erweist sich aber auch deshalb als unzutreffend, weil der Versicherte den übereinstimmenden, (fremd-) anamnestischen Aussagen zufolge nach dem Unfallgeschehen weder bewusstlos gewesen war noch an einer Amnesie oder an einer relevanten Bewusstseinsstörung gelitten hatte (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 4. August 2010, ad 2c; Aussage des Versicherten anlässlich der Besprechung mit dem Schadeninspektor der AXA-Winterthur vom 25. August 2010, SI-Bericht der AXA-Winterthur vom 26. August 2010). Das Fehlen dieser definitionsgemäss erforderlichen Kriterien spricht somit gegen das Vorliegen einer MTBI. Nichts anderes ergibt sich aus der neuropsychologischen Standortbestimmung von I.____ vom 27. November 2011, der zufolge trotz objektivierter neuropsychologischer Defizite nicht auf eine hirnorganische Ursache geschlossen werden kann (vgl. ebenso die Stellungnahme von Dr. J.____, FMH Neurologie, vom 8. Dezember 2010). Es

lassen sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit demnach auch keine organisch fassbaren, neurologischen Ausfälle erheben.

4.4 Was schliesslich die Schulterbeschwerden des Versicherten betrifft, handelt es sich dabei offensichtlich nicht um eine zum typischen Beschwerdebild einer Verletzung nach Schleudertrauma der HWS, einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma gehörenden Beeinträchtigung. Es tritt hinzu, dass diese Beschwerden im Zeitpunkt der Begutachtung durch das D._____ in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mehr mit dem fraglichen Unfallereignis vom 5. Juli 2010 gestanden sind. So hat die linke Schulter im Zeitpunkt der abschliessenden Begutachtung durch die D._____ bereits aufgrund der anamnestischen Angaben des Versicherten kaum mehr Probleme geboten (vgl. Gutachten D._____ vom 14. Juni 2011, S. 18). Zu berücksichtigen ist im Weiteren, dass die fraglichen Schulterbeschwerden sowohl in der Anamnese als auch in der detailliert aufgeführten Diagnoseliste einschliesslich Nebendiagnosen anlässlich der Untersuchung durch das Spital G._____ vom 25. August 2010 nicht erwähnt worden sind. Es kann sich bei den in diesem Zusammenhang beklagten Beschwerden deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um durch den Unfall vom 5. Juli 2010 ausgelöste Symptome handeln. Unabhängig von einem bildgebend nachgewiesenen, kleinen Einriss der Infraspinatussehne erweist es sich somit als schlüssig, dass diese erst mit deutlicher Latenz zum Unfall aufgetretenen Beschwerden nur möglicherweise als unfallkausal zu bezeichnen sind (vgl. Gutachten D._____ vom 14. Juni 2011, S. 44; ebenso orthopädisches Konsilium der Rehaklinik C._____ vom 27. Dezember 2010). Dies bestätigt auch der Blick auf die bildgebenden Untersuchungen der Rehaklinik C._____, wonach der kleine Einriss der Infraspinatussehne die geklagten Beschwerden nicht erklären konnte und hinsichtlich der linken Schulter keine relevante Pathologie erhoben werden konnte (vgl. Ergänzung zum orthopädischen Konsilium der Rehaklinik C._____ vom 17. Januar 2011).

4.5 Als Zwischenergebnis ist damit festzuhalten, dass beim Versicherten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine strukturell objektivierbaren Folgen des fraglichen Unfalls mehr vorgelegen haben. Dieser leidet in physischer Hinsicht an einem therapieresistenten Zervikovertebralsyndrom mit periodisch auftretenden, zervikogen getriggerten Spannungskopfschmerzen (vgl. Gutachten D._____ vom 14. Juni 2011, S. 44 f.). Die Ärzte konnten diese Beschwerden aufgrund der Angaben des Patienten zwar erheben und teilweise klinisch erfassen, hierfür jedoch weder ein objektives Korrelat noch strukturelle Veränderungen finden. Die vom Versicherten in diesem Zusammenhang geltend gemachten Beeinträchtigungen sind somit rein funktioneller Natur.

4.6 Da keine organisch nachweisbaren Beschwerden vorliegen, ist zu prüfen, ob das für ein Trauma der HWS von der Rechtsprechung als typisch bezeichnete Beschwerdebild innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden aufgetreten ist (vgl. oben, Ziffer 3.5). Dem ärztlichen Befundbericht vom 23. Juli 2010 von Dr. K._____ zufolge fand die Erstbehandlung des Versicherten am 6. Juli 2010 statt, anlässlich welcher eine in alle Richtungen deutlich und sehr schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS erhoben werden konnte. Den weiteren Akten ist zu entnehmen, dass dem Versicherten direkt nach dem Sturz schwindlig geworden sei. Rund eine Viertelstunde nach dem Unfall sei ihm auch übel geworden. Zu Hause angekommen hätten sich

Kopfschmerzen und Schwindel verstärkt. Die Kopfbeweglichkeit sei nicht eingeschränkt gewesen, es habe aber ein ziehender Schmerz über beide Schultern bestanden, der im weiteren Verlauf zugenommen habe. Am Folgetag sei die gesamte Nackenmuskulatur verspannt gewesen und es habe eine massive Bewegungseinschränkung bestanden. Die Kopfschmerzen hätten stark nachgelassen, die Verspannungen im Nackenbereich jedoch zugenommen (vgl. Schadeninspektorenbericht der Beschwerdegegnerin vom 26. August 2010, S. 2). Diese Angaben decken sich mit der Anamnese, wie sie auch anlässlich der Begutachtung der D.____ erhoben worden ist (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 17). Bei persistierenden Nackenschmerzen beklagte der Versicherte in der Folge weiterhin Unsicherheiten mit schwankendem Gangbild und zusätzlich eine depressive Verstimmung. Ebenso traten im weiteren Verlauf kognitive Beeinträchtigungen in Form von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten sowie Schlafstörungen auf (vgl. Berichte des Spitals G.____ vom 25. August 2010 sowie 4. November 2010, ebenso neuropsychologische Standortbestimmung von I.____ vom 27. November 2010 sowie letztlich auch Gutachten der D.____ vom 14. Juni 2011, S. 44).

4.7 Den erwähnten Unterlagen zufolge liegen medizinische Berichte vor, die nebst unmittelbaren Kopf- und Nackenschmerzen auch Schwindelbeschwerden und eine Nausea dokumentieren. Auch wenn es sich dabei um medizinische Berichte handelt, welche nicht innert der rechtsprechungsgemäss relevanten Latenzzeit von bis zu drei Tagen ergangen sind, liegt insbesondere zwischen den ersten anamnestischen Erhebungen durch den Hausarzt und dem fraglichen Unfall eine nur kurze Dauer. Von einer lediglich retrospektiven Beschreibung der Initialsymptome, deren Beweiswert diesfalls zu relativieren wäre, kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden. So ist darauf hinzuweisen, dass es zur Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ausreicht, wenn innert weniger Tage nach dem Unfall vorerst lediglich Nackenbeschwerden auftreten und weitere typische, zum Bild dieser Verletzung gehörende Beschwerden erst später erhoben werden (vgl. oben, Ziffer 3.5 a.E.). Rechtsprechungsgemäss ist somit gerade nicht erforderlich, dass die praxisgemäss erforderlichen Beschwerden, welche für eine solche Verletzung typisch sind (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung), alle innert der Latenzzeit aufgetreten sein müssen. Auch ist darauf hinzuweisen, dass es sich um eine beispielhafte, nicht abschliessende Aufzählung typischer Beschwerden handelt, welche daher nicht alle gegeben sein müssen. Gefordert ist lediglich der Nachweis einer Häufung typischer Beschwerden (vgl. BGE 117 V 360 E. 4b; 119 V 338 E. 2). Schliesslich ist auch nicht von der Hand zu weisen, dass insbesondere mehr oder minder unmittelbar nach einem Auffahrunfall geklagte Kopf- und Nackenbeschwerden zu den typischen Kernsymptomen eines Traumas der HWS gehören und das Auftreten der damit verbundenen, späteren Beschwerdesymptomatik durchaus vielschichtig sein kann. Dies gilt auch im vorliegenden Fall. In den zeitlich nachfolgenden medizinischen Unterlagen wird von Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen berichtet. Darüber hinaus beklagte der Versicherte ein schwankendes Gangbild und schon bald eine depressive Verstimmung. Insgesamt ist den erwähnten Unterlagen damit eine Vielzahl jener Symptome zu entnehmen, welche dem rechtsprechungsgemäss erforderlichen, typischen "bunten" Beschwerdebild entsprechen. Angesichts der vorliegenden Erhebungen kann daran auch der Umstand nichts ändern, dass im Dokumen-

tationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma nebst Nackenbeschwerden keine sonstigen Beschwerden angegeben wurden.

4.8 Im Weiteren ist davon auszugehen, dass der Versicherte beim fraglichen Sturzereignis eine Verletzung im Bereich der HWS erlitten hat, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus infolge Kopfanpralls beruht. Daran vermag nichts zu ändern, dass das Gutachten der D.____ von der Diagnose einer HWS-Distorsion abgesehen hat. Zum einen bestätigen beinahe alle übrigen - insbesondere auch echtzeitlichen - ärztlichen Unterlagen die Diagnose einer erlittenen HWS-Distorsion (vgl. ärztlicher Befundbericht von Dr. K.____ vom 23. Juli 2010; ärztlicher Bericht von Dr. K.____ vom 31. Juli 2010; Berichte des Spitals G.____ vom 25. August 2010 sowie 4. November 2010; neuropsychologische Standortbestimmung von I.____ vom 27. November 2010; ärztliche Begründung des Gesuchs um Verlängerung der Kostengutsprache der Rehaklinik C.____ vom 19. Januar 2011; Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 17. März 2011). Zum anderen schliesst selbst das D.____-Gutachten eine HWS-Distorsion nicht aus, sondern hält fest, dass eine HWS-Distorsion sehr wohl diskutiert werden könne (vgl. Gutachten der D.____ vom 14. Juni 2011, S. 38). Die in diesem Zusammenhang gegen das Vorliegen einer erlittenen HWS-Distorsion angestrebten Überlegungen der D.____-Gutachter können nicht überzeugen. Die Gutachter negieren die Diagnose einer HWS-Distorsion mit dem Argument, dass es sich beim fraglichen Unfallereignis um eine seitliche Beschleunigung des Kopfes gehandelt haben müsse, welche durch das Aufschlagen des Kopfes gegen die Schulter limitiert worden sei (vgl. Gutachter der D.____ vom 14. Juni 2011, S. 38). Just dieser Vorgang aber stellt grundsätzlich jenen Mechanismus dar, wie er bei Verletzungen nach Schleudertrauma der HWS oder bei anderen, dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungen rechtsprechungsgemäss inhärent ist. Daran ändert auch nichts, dass ein allfälliges Aufschlagen des Kopfes gegen die Schulter allenfalls abgefedert worden sei. So findet sich keinerlei Grundlage in den medizinischen Akten, dass der Bewegungsablauf im Detail so und nicht anders verlaufen wäre. Die entsprechende Relativierung der D.____-Gutachter stellt somit lediglich eine These dar, welcher nicht gefolgt werden kann. Sie hat nichts mit der medizinischen Diagnostik durch die Ärzteschaft zu tun. Wenn die Gutachter der D.____ wie hier aber trotz eines - jedenfalls im Grundsatz - anerkannten Bewegungsmechanismus auf Thesen zurückgreifen, die aktenmässig keine Grundlage finden, wird deren Aussagekraft diesbezüglich relativiert. Es ist in diesem Zusammenhang nicht mehr klar erkennbar, ob die medizinischen Experten Beurteilungen in ihre Überlegungen miteinbezogen haben, die mit der natürlichen Kausalität, wie sie rechtsprechungsgemäss bei Vorliegen einer HWS-Distorsion samt buntem Beschwerdebild erforderlich ist, nichts zu tun haben. Dies gilt umso mehr, als die Gutachter im Zusammenhang mit der Verneinung eines Schädel-Hirntraumas auch das Vorliegen einer erlittenen HWS-Distorsion mit dem unzutreffenden Argument entkräften, es seien keine äusseren Verletzungen am Kopf oder sonstigen Körperteilen dokumentiert worden (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 37 f.). Dieser Aussage widerspricht, dass der Berichterstattung anlässlich der Erstbehandlung zufolge oberflächliche Schürfwunden an der linken Schläfe, der linken Wange, am linken Nasenflügel sowie eine oberflächliche Verletzung mit Verkrustung der Unterlippe erhoben worden war (vgl. ärztlicher Befundbericht von Dr. K.____ vom 23. Juli 2010). Dieser echtzeitlich erhobene Befund deckt sich wiederum mit der zum Unfallhergang erhobenen Sachverhaltsdarstellung (vgl. Schadeninspektorenbericht der Beschwerdegegnerin

vom 26. August 2010). Es kann an dieser Stelle deshalb dahingestellt bleiben, ob darüber hinaus eigentliche Prellmarken vorhanden waren und weshalb anlässlich der notfallmässigen Hospitalisation am Unfalltag keine äusseren Verletzungen im Kopf- und Halsbereich festgehalten worden waren (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 24). Tatsache ist, dass aufgrund der erwähnten Schürfungen ein mehr oder minder starker Aufprall des Kopfes am Boden stattgefunden haben muss, demzufolge auch bei einer seitlichen Beschleunigung des Kopfes die Diagnose einer erlittenen HWS-Distorsion zu bestätigen ist. Im Hinblick auf das Vorliegen des rechtsprechungsgemäss erforderlichen bunten Beschwerdebilds nach einer erlittenen HWS-Distorsion ist damit von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. Juli 2010 und den hiernach geklagten Beschwerden auszugehen.

4.9.1 Der Beschwerdeführer vertritt die Ansicht, seine gesundheitlichen Beschwerden, namentlich die nach wie vor geklagten Nackenbeschwerden, stünden nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 5. Juli 2010. Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass die natürliche Kausalität bereits vor Antritt des Rehabilitationsaufenthalts des Versicherten im Dezember 2010 weggefallen sei, so dass sie nicht für die entsprechenden Rehabilitationskosten aufkommen müsse. Sie beruft sich dabei auf das umfangreiche Gutachten der D.____ vom 14. Juni 2011, das eigens zur Klärung der Kausalitätsfrage in Auftrag gegeben worden ist. Es ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen, dass die einmal anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der krankhafte Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreicht ist (vgl. oben, Ziffer 2.3).

4.9.2 Die Gutachter der D.____ gehen davon aus, dass abgesehen von einer höchstens wenige Wochen dauernden Phase nach dem Unfall keine der im Zeitpunkt der Begutachtung noch erhobenen Befunde überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem fraglichen Unfallereignis gestanden hätten. Sie begründen dies damit, dass eine HWS-Distorsion nicht eindeutig belegt sei bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Ausmass gehabt habe, um längerfristige Folgen im Sinne von Schmerzen und allenfalls damit assoziierten gesundheitlichen Störungen zu hinterlassen. So sei darauf hinzuweisen, dass bei einer relevanten HWS-Verletzung die gravierendsten Symptome unmittelbar nach einem Trauma und nicht erst im weiteren Verlauf auftreten würden (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 40 f. sowie S. 61 ad Frage 8.4 mit Verweis auf S. 47 ad Frage 6.1). Weil eine HWS-Distorsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, könnten bereits wenige Wochen nach dem Unfallereignis auch keine entsprechenden Beschwerden mehr auf den Unfall zurückgeführt werden.

Diese Begründung vermag nicht zu überzeugen. Es kann dabei im Wesentlichen auf das soeben Gesagte verwiesen werden, wonach aufgrund der echtzeitlich erhobenen Schürfungen am Kopf des Versicherten ein mehr oder minder starker Aufprall des Kopfes am Boden stattgefunden haben muss. Weil dieser Vorgang aber jenen Mechanismus darstellt, wie er bei Verletzun-

gen nach Schleudertrauma der HWS oder bei anderen, dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungen rechtsprechungsgemäss inhärent ist, ist von einer erlittenen HWS-Distorsion auszugehen (vgl. oben, Ziffer 4.8). Die dagegen vorgebrachte These der Gutachter, dass der Kopfaufprall durch ein Aufschlagen an der Schulter limitiert worden sei, findet keine Grundlage in den Akten. Damit bleibt unklar, ob die medizinischen Experten Beurteilungen in ihre Überlegungen miteinbezogen haben, die mit der natürlichen Kausalität, wie sie rechtsprechungsgemäss bei Vorliegen einer HWS-Distorsion samt buntem Beschwerdebild erforderlich ist, nichts zu tun haben. Gleiches gilt für die Aussage der Gutachter der D.____, dass keine Elemente erkennbar seien, welche selbst unter der Annahme einer erlittenen HWS-Distorsion zu einer länger dauernden Symptomatik führen sollten. Auch diese Prämisse ist widersprüchlich: So kann bei HWS-Distorsionen rechtsprechungsgemäss gerade nicht davon ausgegangen werden, dass sich diese innert weniger Wochen mit einer vollständigen Beschwerdefreiheit präsentieren. Bei einem Schleudertrauma der HWS ohne nachweisbare pathologische Befunde können funktionelle Ausfälle verschiedenster Art vielmehr auch noch Jahre nach dem Unfall auftreten. Diese Erfahrungstatsache aber widerspricht der Aussage der Gutachter, dass die gravierendsten Symptome unmittelbar nach einem Trauma auftreten würden. Den nach einer HWS-Distorsion erhobenen Befunden im Sinne des rechtsprechungsgemäss erforderlichen bunten Beschwerdebilds ist zudem eigen, dass sie erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden können. Auch wenn es gestützt auf die Einschätzung letztlich aller involvierten Ärzte sicherlich zutrifft, dass mit zunehmenden Zeitablauf schon bald eine psychische Überlagerung eingetreten war, kann insofern auch die gutachterliche Aussage nicht überzeugen, dass die depressiven Verstimmungen des Versicherten am ehesten im Rahmen einer psychosozialen Disposition zu interpretieren seien (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 44).

4.9.3 Das vom Beschwerdeführer erlittene HWS-Trauma ist jener Kategorie zuzuordnen, bei welcher gesundheitliche Beeinträchtigungen zwar organisch imponieren, denen aber ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung fehlt (sog. Grad II; vgl. oben, Ziffer 3.2). Damit gehört der Versicherte zur grossen Mehrheit jener "HWS-Schleudertraumapatienten", bei welchen gerade keine bildgebenden Erkenntnisse vorliegen, welche eine länger dauernde Symptomatik nachweisen könnten. Hinzu tritt, dass bei diesen Patienten nicht anzunehmen ist, dass innert einer bestimmten, nur kurzen Frist wieder ein Status quo ante erreicht ist. Der in diesem Punkt nicht überzeugenden Schlussfolgerung der Gutachter der D.____ ist deshalb zu widersprechen: Würde man bei sämtlichen HWS-Distorsionen, bei welchen die Verletzungen nicht oder nur mit Schwierigkeiten erkennbar sind, innert weniger Monate oder gar Wochen einen Status quo ante annehmen, so würde dies letztlich zu einer unverhältnismässig starken Einschränkung der Anerkennung von entsprechenden Dauerbeschwerden im Sinne des bunten Beschwerdebilds bei HWS-Distorsionen führen, was sich auch mit der mittlerweile in BGE 134 V 109 ff. präzisierten Rechtsprechung nicht vereinbaren liesse. Überdies würde eine solche Argumentationsweise darauf hinauslaufen, dass bei all jenen Personen, die eine HWS-Distorsion erlitten haben und gleichzeitig degenerative Veränderungen der HWS aufweisen, trotz persistierenden Beschwerden ein Status quo sine innert weniger Monaten angenommen werden könnte, währenddem bei jenen Versicherten, die keine solche degenerativen Veränderungen aufweisen, trotz fehlenden klinischen Befunden ein Andauern der Kausalität gegeben wäre. Wenn die Gutachter der D.____ in diesem Zusammenhang aber den

Wegfall der natürlichen Kausalität mit der erwähnten Rechtsprechung zuwider laufenden Prämissen begründen, beschlagen ihre Aussagen deren rechtliche Prüfung durch Verwaltung und Gerichte und nicht mehr deren medizinische Grundlagen (vgl. ebenso: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 17. März 2005, seit 1. Januar 2008 nunmehr Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen, U 287/04, i.S. A., E. 6 ff.) . Auch wenn das Gutachten der D._____ für die weiteren Belange umfassend ist, auf erschöpfenden Untersuchungen des Versicherten beruht und in Würdigung der Vorakten sowie der Krankengeschichte alle geklagten Beschwerden berücksichtigt, sind die Darlegungen im Zusammenhang mit dem Wegfall der natürlichen Kausalität hingegen nicht kohärent. Damit muss auch die Schlussfolgerung, nach höchstens wenigen Wochen liege wieder ein Status quo ante bzw. sine vor, als unbegründet qualifiziert werden. Soweit die Beschwerdegegnerin die Ablehnung der Kostenübernahme für den Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik C._____ mit dem Wegfall der natürlichen Kausalität bereits wenige Wochen nach dem Unfall begründet hat (vgl. Gutachten D._____ vom 14. Juni 2011, S. 61 ad Frage 8.4 mit Verweis auf S. 47 ad Frage 6.1), kann ihr demnach nicht gefolgt werden.

5.1 Damit bleibt zu prüfen, bis wann über den Zeitpunkt weniger Wochen nach dem fraglichen Unfallereignis hinaus eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für Heilbehandlungen und allfällige Taggelder bestanden hat. 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 (vgl. 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; BGE 116 V 41 E. 2c S. 44; RKUV 1995 Nr. U 227 S. 190, E. 2a, U 29/95; Urteil des EVG, U 244/04, vom 20. Mai 2005, E. 2, nicht publ. in: RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388; siehe auch RKUV 2006 Nr. U 571 S. 82, U 294/04). Solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden kann, ist es dem Unfallversicherer daher verwehrt, den Behandlungsabschluss herbeizuführen (vgl. Urteil H. des EVG vom 10. Januar 2005, U 269/04, E. 1.3). Umgekehrt ist es 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 (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Art. 19, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 145). Die Frage nach dem Abschluss des normalen unfallbedingten Heilungsprozesses ist im Einzelfall unter Würdigung der gesamten medizinischen Aktenlage zu prüfen und kann nicht für alle Versicherten, die eine bestimmte Verletzung erlitten haben, gleich beantwortet werden (vgl. Urteil K. vom 11. Februar 2004 E. 2.4, U 246/03; Urteil A. vom 6. November 2001 E. 3, U 8/00). Die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung jedenfalls ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. Urteile U 244/04 vom 20. Mai 2005, E. 2, nicht publ. in: RKUV 2005 Nr.

U 557 S. 388, und U 412/00 vom 5. Juli 2001, E. 2a; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 274).

5.2 Eine Würdigung der massgebenden Akten ergibt, dass im Zeitpunkt des Rehabilitationsantritts weiterhin eine massgebende Regredienz der beklagten Beschwerden erwartet werden konnte. So wurde nach zunächst ambulanter physiotherapeutischer Betreuung und Therapie bereits anfangs November 2010 ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt in C.____ erwogen (vgl. Bericht des Spitals G.____ vom 4. November 2011). Ein solcher Rehabilitationsaufenthalt wurde in der Folge auch durch den begutachtenden Neuropsychologen unterstützt. Dessen Bericht ist zu entnehmen, dass die effektive Arbeitsfähigkeit erst nach Ausschöpfung des Therapiepotentials beurteilt werden könne. Dabei sei eine Verbesserung der mittelschwer beeinträchtigten kognitiven Leistungen zu erwarten (vgl. neuropsychologische Standortbestimmung von I.____ vom 27. November 2010). Entgegen der von der Beschwerdegegnerin und den Gutachtern der D.____ vertretenen Meinung kann schliesslich auch nicht davon gesprochen werden, die fragliche Rehabilitation habe keine objektivierbaren Fortschritte gebracht (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 52, ad Frage 8). Aufgrund der Akten ist erstellt, dass die Rehabilitation nach bereits einigen Wochen einen sehr positiven Verlauf genommen hatte, eine weiterführende interdisziplinäre Behandlung nicht desto trotz weiterhin nur in stationärem Rahmen gewährleistet werden könne (vgl. ärztliche Begründung des Gesuchs um Verlängerung der Kostengutsprache der Rehaklinik C.____ vom 19. Januar 2011). Nachdem der Versicherte vor dem Antritt seiner Rehabilitation noch starke Nackenbeschwerden beklagt hatte und hiergegen eine intensive physiotherapeutische Behandlung auf zunächst ambulanter Basis eingeleitet worden war (vgl. Bericht des SPITAL G.____ vom 4. November 2011), war im Austrittszeitpunkt nach rund drei Monaten keine relevante Einschränkung der Beweglichkeit von HWS und Schulter mehr zu verzeichnen. Ebenso wenig wurde eine Fortsetzung der zuvor noch intensiv geführten ambulanten Therapie als notwendig erachtet (vgl. Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 17. März 2011). Nichts anderes ergibt sich aus dem psychiatrischen Bericht der Rehaklinik C.____ gleichen Datums, wonach der Versicherte gute Fortschritte erzielt habe und keine weitergehende Physiotherapie mehr indiziert sei (vgl. a.a.O., S. 3). Angesichts dieser Aktenlage kann mitnichten davon gesprochen werden, der fragliche Aufenthalt in C.____ sei unfallbedingt nicht indiziert gewesen, weil keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mehr zu erwarten gewesen wäre. Daran vermag auch die vertrauensärztliche Stellungnahme der Beschwerdegegnerin nichts zu ändern, wonach die Rehabilitation abzulehnen sei, weil eine stationäre Massnahme der Chronifizierungstendenz Vorschub leisten werde. So ist darauf hinzuweisen, dass die Rehabilitation sowohl von dem behandelnden Rheumatologen als auch von dem begutachtenden Neuropsychologen letztlich just wegen drohender Chronifizierung des Krankheitsbildes empfohlen worden war (vgl. Bericht des Spitals G.____ vom 4. November 2011; neuropsychologische Standortbestimmung von I.____ vom 27. November 2010).

5.3 Eine Chronifizierung der mittlerweile noch immer geklagten Beschwerden trat erst nach dem Austritt aus der Rehaklinik C.____ ein. Erst danach bestätigte sich in psychiatrischer Hinsicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vgl. psychiatrischer Bericht der Rehaklinik C.____ vom 17. März 2011) und konnte eine anhaltende Tendenz zum dysfunktionalen Umgang mit den Schmerzen und den resultierenden Beeinträchti-

gungen erhoben werden (vgl. Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 17. März 2011). Aus orthopädischer und neurologischer Sicht wurde ebenfalls erst anlässlich der Rehabilitation eine behandlungsbedürftige Pathologie ausgeschlossen (vgl. a.a.O., S. 3). Diese Befunde wurden in der Folge durch die mit Ausnahme der erwähnten Widersprüche im Übrigen kohärenten und umfassenden Begutachtungsergebnisse der D.____ bestätigt, welche im Juni 2011 erstmals in interdisziplinärer und mithin umfassender Weise zum Ergebnis gelangte, dass aufgrund des Unfalls weder eine Arbeitsunfähigkeit bestehe noch eine weiterführende Heilbehandlung nötig sei (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 52 und 60, jeweils ad Frage 8). Erst anlässlich dieser abschliessenden Begutachtung konnten auch funktionelle Einschränkungen in Form eines reduzierten Ausmasses der Rotations- respektive Flexions- und Extensionsbewegungen ausgeschlossen werden (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 44). Hinsichtlich des teilweise noch weiterhin vorhandenen und auf den Unfall zurückzuführenden Beschwerdekomples war somit erst im Zeitpunkt der Begutachtung durch die D.____ im Juni 2011 keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mehr zu erwarten. Ist demnach erst in diesem Zeitpunkt von einem Abschluss des normalen, unfallbedingten erforderlichen Heilungsprozesses auszugehen, erweist sich der Fallabschluss Ende Juni 2011 als zutreffend. Damit ist zugleich gesagt, dass ab diesem Zeitpunkt weder weitere Heilbehandlungen noch Taggelder geschuldet waren. Soweit deren Übernahme über diesen Zeitpunkt hinaus geltend gemacht wird, muss die Beschwerde daher abgewiesen werden. Was die Ablehnung der Kostenübernahme für den Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik C.____ betrifft, ist die Beschwerde hingegen teilweise gutzuheissen (vgl. oben, Ziffer 4.9 a.E.).

5.4 Anzufügen bleibt, dass unabhängig vom Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs weder eine Rente noch eine Integritätsentschädigung geschuldet ist. So ist ein Integritätsschaden weder geltend gemacht noch ausgewiesen (vgl. Gutachten D.____ vom 14. Juni 2011, S. 53 f.). Nicht anders verhält es sich hinsichtlich eines allfälligen Rentenanspruchs. Zumal eine Rente nach Art. 18 UVG eine Invalidität von mindestens 10% voraussetzt, können mangels Nachweises einer relevanten Arbeitsunfähigkeit sowohl ein Rentenanspruch und die in diesem Zusammenhang zu prüfende Frage der adäquaten Kausalität offen bleiben.

6. Zusammenfassend liegen keine organisch nachweisbaren Gesundheitsschäden im Sinne von strukturellen Veränderungen im Bereich der HWS vor. Auch wenn das für ein Schleudert trauma typische Beschwerdebild vorgelegen hat und die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 5. Juli 2010 und den im Zusammenhang mit der hierbei erlittenen HWS-Distorsion beklagten Beschwerden zu bejahen ist, war mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erst im Zeitpunkt der abschliessenden Begutachtung der D.____ keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mehr zu erwarten. War die Beschwerdegegnerin mithin erst per Ende Juni 2011 befugt, den Fallabschluss vorzunehmen, hat sie die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Heilbehandlungen zu übernehmen. Sie ist demnach verpflichtet, auch für die Kosten des Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik C.____ zwischen dem 23. Dezember 2010 und 17. März 2011 aufzukommen. Weitergehende Leistungsansprüche gegenüber dem Unfallversicherer sind nicht ausgewiesen. Eine über Juni 2011 hinausgehende Leistungspflicht der SUVA ist unter diesen Umständen zu verneinen.

7. Es verbleibt, über die Kosten zu befinden. Auf die Erhebung von Verfahrenskosten ist gemäss Art. 61 lit. a ATSG zu verzichten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Versicherten folglich eine Parteientschädigung zu Lasten der AXA zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers weist in seiner Honorarnote vom 21. Juni 2012 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 9,77 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von insgesamt Fr. 190.50 aus, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Dem Versicherten ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'843.65 (9,77 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 190.50 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der AXA zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid der AXA Winterthur vom 28. Februar 2012 sowie deren Verfügung vom 25. Juli 2011 aufgehoben und die AXA Winterthur wird verpflichtet, die Kosten des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Rehaklinik C._____ in der Zeit vom 23. Dezember 2010 bis 17. März 2011 zu übernehmen.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die AXA Winterthur hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'843.65 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

Gegen diesen Entscheid wurde am 30. November 2012 Beschwerde beim Bundesgericht erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren N° [8C 970/2012](http://www.bl.ch/kantonsgericht)).