

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

8C\_765/2014

{T 0/2}

Urteil vom 9. Februar 2015

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung  
Bundesrichterin Leuzinger, Präsidentin,  
Bundesrichter Ursprung, Frésard,  
Gerichtsschreiber Jancar.

Verfahrensbeteiligte  
A. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Fürsprecher Herbert Schober,  
Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern,  
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand  
Unfallversicherung (Kausalzusammenhang),

Beschwerde gegen den Entscheid des Kantonsgerichts Luzern vom 12. September 2014.

Sachverhalt:

A.  
Der 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ war Bereichsleiter in der Firma Alu B. \_\_\_\_\_ AG und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch unfallversichert. Am 14. August 2007 fuhr er als Autolenker auf einer Autobahn von hinten auf einen Sattelschlepper auf. Im Hospital C. \_\_\_\_\_ wo er am Unfalltag ambulant behandelt wurde, wurden eine Schädelprellung mit Kopfplatzwunde sowie eine Zerrung der Halswirbelsäule (HWS) und der Brustwirbelsäule (BWS) diagnostiziert; die Kopfwunde wurde genäht (Bericht vom 14. August 2007). Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 17. Dezember 2007 als Unfallfolgen eine HWS-Distorsion, eine Kopfkontusion, multiple Kontusionen im Bereich des Körpers und eine Rissquetschwunde im Bereich des Kopfes temporal links. Die SUVA kam für die Heilbehandlung und das Taggeld auf. Sie zog diverse Arztberichte, eine biomechanische Kurzbeurteilung der Gutachterstelle E. \_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2008 und ein interdisziplinäres (internistisches, orthopädisches, psychiatrisches, neuropsychologisches und neurologisches) Gutachten des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 bei. Hierin wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: Akzentuierte narzisstische leistungsorientierte Persönlichkeitszüge; chronisches cervikales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen C3/4 mit linksforaminaler Stenose und Spondylarthrose C4/5 mit rechtsforaminaler Stenose, Status nach HWS-Distorsion am 14. August 2007 mit leichtem Schädelhirntrauma, Status nach funktioneller perkutaner Rhizotomie C3 beidseits, C5 beidseits und C6 beidseits am 20. April 2009; chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom; Übergewicht (BMI 28.1); Nikotinabusus (Zigarillos). Weiter wurde in diesem Gutachten ausgeführt, von organischer Seite könnten keine unfallbedingten nachweisbaren Beschwerden benannt werden, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten; psychischerseits bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Die SUVA zog weitere Arztberichte bei. Mit Verfügung vom 15. Februar 2012 stellte sie die Leistungen per 29. Februar 2012 ein, weil die adäquate Unfallkausalität der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen sei. Dagegen erhob der Versicherte

Einsprache. Am 30. April 2012 wurde er von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurochirurgie FMH, Spital H. \_\_\_\_\_, am Halswirbelkörper (HWK) 3/4 operiert; seine Diagnosen lauteten: linkslastige Myelokompression und Foramenstenose bei verkalkter Diskushernie links HWK3/4; Zustand nach erheblichem HWS-Schleudertrauma am 14. August 2007. Mit Einsprachebegründung vom 8. August 2012 reichte der Versicherte weitere Arztberichte und ein in Buenos Aires erstelltes technisches Gutachten vom 21. Oktober 2010 betreffend den Unfall vom 14. August 2007 ein. Mit Entscheid vom 13. März 2013 wies die SUVA die Einsprache ab.

B.

Die hiegegen geführte Beschwerde wies das Kantonsgericht Luzern mit Entscheid vom 12. September 2014 ab.

C.

Mit Beschwerde beantragt der Versicherte, in Aufhebung des kantonalen Entscheides sei die SUVA zu verpflichten, ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, insbesondere Taggelder und Heilbehandlungskosten auch nach dem 29. Februar 2012, eventuell eine Rente und eine Integritätsentschädigung; eventuell sei die Sache an die Vorinstanz, subeventuell an die SUVA zurückzuweisen zur Vornahme der rechtsgenügenden Abklärungen.

Die SUVA schliesst auf Beschwerdeabweisung. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

Mit der Beschwerde kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren beanstandeten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 f. BGG; BGE 135 II 384 E. 2.2.1 S. 389).

Im Beschwerdeverfahren um die Zuspreehung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.

Die Vorinstanz hat die Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden im Allgemeinen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.) und bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) oder Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenter Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 134 V 109) im Besonderen sowie den Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) richtig dargelegt. Darauf wird verwiesen.

3.

Soweit der Versicherte wiederholt auf seine Ausführungen in der Eingabe an die SUVA vom 14. Januar 2011 und in der vorinstanzlichen Beschwerde vom 23 April 2013 verweist, ist dies unzulässig (BGE 134 II 244; SVR 2010 UV Nr. 9 S. 35 E. 6 [8C\_286/2009]).

4.

4.1. Der Versicherte bemängelt eine ungenügende Begründung der Verfügung vom 15. Februar 2012 und des Einspracheentscheides vom 13. März 2013 sowie den Umstand, dass die SUVA die Videoaufnahmen der Operation und die Unfallvisualisierung in 3D nicht zu den Akten genommen habe. Die Vorinstanz habe eine Gehörsverletzung anerkannt, aber nicht sanktioniert. Dies sei eine Bankrotterklärung im Hinblick auf die von der Verfassung (Art. 9 und Art. 29 BV) sowie der EMRK (Art. 6) vorgeschriebenen Verfahrensrechte.

4.2. Die Vorinstanz taxierte die Begründung der Verfügung und des Einspracheentscheides der SUVA als genügend. Den Vorwurf, die SUVA habe die Videoaufnahmen betreffend Unfallrekonstruktion und Operation nicht zu den Akten genommen, erachtete die Vorinstanz als zutreffend, verzichtete aber auf Weiterungen hierzu, da der Versicherte diese Aufnahmen im Gerichtsverfahren eingereicht habe.

Praxisgemäss kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (nicht publ. E. 7.2 des Urteils BGE 136 I 341; BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204; Urteil 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 5.3). Selbst wenn in den vom Versicherten gerügten Punkten eine Gehörsverletzung vorläge (E. 4.1 hievor), wäre diese geheilt, da die Vorinstanz den Sachverhalt und die Rechtslage frei überprüfen konnte und auch dem Bundesgericht die volle Kognition zusteht (E. 1 hievor) und die Rückweisung einem formalistischen Leerlauf gleichkäme.

## 5.

5.1. Streitig und zu prüfen ist, ob beim Versicherten ein unfallbedingter, organisch objektiv ausgewiesener Hirnschaden besteht. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen - bei denen die Unfalladäquanz praktisch keine Rolle spielt - kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (BGE 134 V 231 f. E. 5.1; SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105 E. 2.1 [8C\_413/2008]; zum Genügen einer Teilursächlichkeit für die Bejahung der Kausalität siehe BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125). Dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (Urteil 8C\_691/2013 vom 19. März 2014 E. 5.1).

5.2. Die Vorinstanz hat eingehend begründet, weshalb ein unfallbedingter organisch objektiv ausgewiesener Hirnschaden nicht belegt ist. Die Einwände des Versicherten vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Er stützt sich auf den Bericht des Spital I. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 betreffend das Magnetresonanztomogramm (MRT bzw. MRI) und die Magnetresonanz (MR) - Spektroskopie des Schädels vom 29. Oktober 2008. Hierin wurde im Rahmen der Beurteilung ausgeführt, bildmorphologisch liege keine strukturelle Läsion vor; jedoch bestünden erhöhte Cholinwerte temporo-mesial in der Amygdala und hippocampalen Formation, am ehesten posttraumatischen Veränderungen entsprechend. Weiter wurde als Zusatzbefund vom 3. Februar 2009 angegeben, die links betonte leichte Erweiterung der Temporalhörner sowie die pathologischen Cholinwerte im Amygdala-Hippocampusbereich (ebenfalls links betont) unterstützten das Resultat mit EEG P50.

Im Gutachten des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 legte der neurologische Teilgutachter Dr. med. J. \_\_\_\_\_ dar, weshalb es sich bei der MR-Spektroskopie nicht um ein standardisiertes Verfahren handle, um posttraumatische organische Hirnläsionen nachzuweisen. Auch Frau Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH und Psychiatrie, führte in der Aktenstellungnahme vom 9. März 2011 unter Hinweis auf die Literatur aus, dass weder die MR-Spektroskopie noch die Ableitung von P50 Potenzialen standardisierten Untersuchungstechniken entsprächen; sie führte weiter aus, die Spektroskopie sei möglicherweise eine zukunftssträchtige Methode zum Nachweis einer strukturellen Hirnläsion, allerdings wahrscheinlich beschränkt auf die Anwendung in der Akutphase nach einer Kopfverletzung. Gegen diese Einschätzungen bringt der Versicherte keine substantiierten Einwände vor, insbesondere keine fachärztliche Äusserung, die einen anderen Schluss nahelegen würden; aus seinem pauschalen Vorbringen, die Spektroskopie werde heute im Universitätsspital Zürich für die Diagnostik verwendet, kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Gleiches gilt für seine pauschalen Verweise auf die Erweiterung der Temporalhörner und die Resultate der Neuropsychologie sowie für sein Vorbringen, er habe beim Unfall bei hoher Geschwindigkeit einen mehrfachen Kopfanprall erlitten und sei mindestens benommen gewesen. Soweit im Bericht des Spital I. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 die erhöhten Cholinwerte am ehesten als posttraumatische Veränderungen beschrieben wurden, entspricht dies nicht dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

## 6.

Umstritten ist weiter, ob beim Beschwerdeführer die im Bereich der HWS bestehende Diskushernie unfallbedingt ist.

6.1. Gemäss der von der Vorinstanz zutreffend zitierten Rechtsprechung entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle

Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C\_677/2007]; Urteil 8C\_209/2014 vom 3. September 2014 E. 5.2). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3.1 f.; Urteil 8C\_326/2013 vom 4. Juni 2014 E. 2.3).

6.2. Bei der Untersuchung des Versicherten am Unfalltag im Hospital C.\_\_\_\_\_ wurde ein leichter HWS-Druckschmerz bei freier Beweglichkeit festgestellt (Bericht vom 14. August 2007). Dr. med. D.\_\_\_\_\_, der den Versicherten erstmals am 16. August 2007 untersuchte, gab im Bericht vom 18. September 2007 bloss eine Druckdolenz der HWS bei freier Beweglichkeit ohne neurologische Ausfälle an. Frau Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 14. Mai 2008 aus, am 25. Februar 2008 habe sie keine radikulären Symptome auslösen können. Im Bericht der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2009, wo der Versicherte vom 9. bis 27. März 2009 hospitalisiert war, wurde dargelegt, es liege kein zerviko-radikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom vor; es zeigten sich auch keine Zeichen einer zervikalen Myelopathie.

In diesem Lichte fehlte es initial an einem vertebrale oder radikulären Syndrom. Demnach ist es nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz gestützt auf die einlässliche und überzeugende Aktenstellungnahme des Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 19. Januar 2012 folgerte, dass eine unfallbedingte Diskushernie nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt gelten kann (zum Beweiswert von Berichten versicherungsinterner Ärzte vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229); zu diesem Schluss kam übrigens auch das Gutachten des Zentrums F.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2010. Weiter ist davon auszugehen, dass eine unfallbedingte Verschlimmerung der vorbestehenden Diskushernie grundsätzlich ein Jahr nach dem Unfall vom 14. August 2007 bzw. jedenfalls im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die SUVA per 29. Februar 2012 nicht mehr für die Beschwerden des Versicherten verantwortlich war. Alle seine Einwände vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Festzuhalten ist insbesondere Folgendes:

6.3. Der Versicherte legt Berichte des Assoc. Prof. Dr. med. Dr. phil. PD O.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie Spez. Spinal Chirurgie, vom 15. September 2014 und des Radiologen Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014 auf. Dies sind angesichts des angefochtenen Entscheides vom 12. September 2014 unzulässige echte Noven (BGE 9C\_648/2013 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2.2.2).

6.4. Der Versicherte rügt, Dr. med. N.\_\_\_\_\_ und der Teilgutachter des Zentrums F.\_\_\_\_\_, Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, seien nicht Radiologen, die für eine seriöse Interpretation der Bildgebung garantieren würden. Dem kann nicht beigepflichtet werden. Denn gemäss dem Weiterbildungsprogramm der FMH (<http://www.fmh.ch>) müssen die Dres. med. N.\_\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_\_ als Orthopädische Chirurgen fundierte Kenntnisse über Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates und deren Folgen haben (Ziff. 1.2); ihre Kenntnisse beinhalten Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese und Prognose von Krankheitsbildern, der Entwicklungsstörungen und Verletzungen des Bewegungsapparates (Ziff. 3.2.2); zu ihren Kompetenzen gehört Kenntnis, Interpretation und kritische Gewichtung der klinischen und technisch-apparativen diagnostischen Verfahren in der orthopädischen Chirurgie und Traumatologie (Ziff. 3.2.4).

6.5. Der Versicherte bringt vor, eine Längsbandverletzung auf Höhe C5 sei schon auf den MRI-Bildern vom November 2007 zu erkennen gewesen. Im MRI vom 9. April 2013 sei ein Riss des Längsbandes auf Höhe C4/C5 mit begleitendem anterioren Anulusriss festgestellt worden. Zudem

habe Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bei der Operation vom 30. April 2012 ein von der Deckplatte C5 abgesprengtes Knochenfragment festgestellt. Dies spreche für die Unfallkausalität der Diskushernie.

Dem ist entgegenzuhalten, dass die Vorinstanz mit einlässlicher Begründung unter Verweis auf die unfallnahen klinischen und bildgebenden Untersuchungsergebnisse sowie die Stellungnahme des Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2012 richtig erkannt hat, dass diese Pathologien nicht als unfallbedingt angesehen werden können. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ nahm insbesondere eingehend Bezug auf das MRI der HWS vom 23. November 2007 und den Bericht des Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Oberarzt, Spital S.\_\_\_\_\_, vom 19. September 2011, worin bereits eine Absprengung eines Fragments von der Deckplatte C5 festgehalten wurde. Soweit der Versicherte vorbringt, Dr. med. R.\_\_\_\_\_ habe auch die biomechanische Kurzbeurteilung der Gutachterstelle E.\_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2008 gewürdigt, ist dem entgegenzuhalten, dass diese keine hinreichende Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung bildet; sie vermag allenfalls gewichtige Anhaltspunkte zur Unfallschwere zu liefern (SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52 E. 6.1 [8C\_590/2007]; Urteil 8C\_788/2010 vom 8. Februar 2011 E. 7).

6.6. Entgegen dem Versicherten hat die Vorinstanz richtig erkannt, dass das Upright-MRI der HWS vom 24. September 2008 rechtsprechungsgemäss nicht geeignet ist, einen Unfallschaden objektiv nachzuweisen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.2 S. 233; Urteile 8C\_376/2011 vom 15. September 2011 E. 4 und 8C\_238/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2.2).

6.7. Der Versicherte legt nicht substantiiert dar, inwiefern das HWS-Funktionsdiagramm der Frau Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2009 die Unfallkausalität der Diskushernienproblematik belegen kann.

6.8. Auch aus den übrigen von ihm ins Feld geführten Arztberichten und insbesondere aus dem Operationsbericht des Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 30. April 2012 kann der Versicherte aufgrund der Aktenlage nichts zu seinen Gunsten ableiten; das Operationsvideo braucht unter den gegebenen Umständen nicht angesehen zu werden.

7.

Da in somatischer Hinsicht von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse mehr zu erwarten sind, hat die Vorinstanz zu Recht darauf verzichtet; dies verstösst weder gegen den Untersuchungsgrundsatz noch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. auf Beweisabnahme (Art. 29 Abs. 2 BV) noch gegen das Gebot eines fairen Verfahrens nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK bzw. Art. 29 Abs. 1 BV (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, BGE 124 V 90 E. 4b S. 94; Urteil 8C\_323/2014 vom 23. Juli 2014 E. 4.2.2). Von einer vorinstanzlichen Verletzung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung kann entgegen dem Versicherten ebenfalls nicht gesprochen werden.

8.

8.1. Mangels organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen ist eine Adäquanzprüfung erforderlich (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250). Die Vorinstanz liess offen, ob sie nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) oder nach der Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109) vorzunehmen sei, da die Adäquanz auch nach der Letzteren zu verneinen sei. Der Unfall vom 14. August 2007 sei als mittelschwer im engeren Sinne zu qualifizieren. Von den Adäquanzkriterien seien, falls überhaupt, höchstens zwei - nämlich diejenigen der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen - erfüllt, aber nicht besonders ausgeprägt; dies genüge nicht für die Adäquanzbejahung (vgl. SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 E. 4.5 [8C\_897/2009]). Demach erübrigten sich weitere Abklärungen, sei es in Bezug auf den natürlichen Kausalzusammenhang und den Nachweis seines Wegfalls, sei es hinsichtlich einer möglichen psychogenen Entwicklung.

8.2. Seit Mai 2008 absolvierte der Versicherte eine Traumatherapie bei Dr. phil. T.\_\_\_\_\_, der im Bericht vom 30. Oktober 2008 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostizierte. Im Gutachten des Zentrums F.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angegeben (vgl. Sachverhalt lit. A). Weiter wurde ausgeführt, die psychische Störung stehe im gesamten Beschwerdebild ganz im Vordergrund; sie sei verantwortlich für die erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und dem objektivierbaren Befund, der unauffällig sei; auch sei sie zuständig für die Selbstlimitierung und Behindertenüberzeugung des Versicherten mit Vermeidungsverhalten. Die Psychiaterin Frau Dr. phil. U.\_\_\_\_\_ legte in der Aktenstellungnahme

vom 21. April 2011 zwar dar, im Gutachten des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 seien die psychische Symptomatik nicht ausreichend differenzialdiagnostisch geklärt und die daraus resultierenden Leistungseinschränkungen nicht ausreichend in Art und Ausmass herausgearbeitet worden; differenzialdiagnostisch hätte man zumindest erwartet, die Frage einer dissoziativen Störung oder auch einer

Somatisierungsstörung aufzuwerfen. Diese Kritik reicht indessen nicht aus, um vom Gutachten des Zentrums F. \_\_\_\_\_ abzuweichen, zumal Frau Dr. phil. U. \_\_\_\_\_ gleichzeitig ausführte, die darin gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung unter Verweis auf die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien nachvollziehbar.

Unter den gegebenen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die psychischen Befunde beim Versicherten bei Fallabschluss per 29. Februar 2012 lediglich Teil des (grundsätzlich gleichwertigen) Gemenges physischer und psychischer Symptome bildeten, wie es auch die auf schleudertraumaähnliche Unfallmechanismen zurückzuführenden Verletzungsbilder kennzeichnet (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 126). Vielmehr lag ein eigenständiges psychisches Geschehen vor, das die übrigen Gesundheitsstörungen im gesamten Verlauf eindeutig dominierte. Demnach ist die adäquate Unfallkausalität des Beschwerdebildes nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen - folglich unter Ausschluss psychischer Aspekte des Gesundheitsschadens - zu prüfen (BGE 115 V 133 ff.; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2 Ingress [8C\_398/2012], 2009 UV Nr. 49 S. 173 E. 4.2 [8C\_957/2008]).

9.

Die Prüfung der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Die namhafte Besserung des Gesundheitszustandes in diesem Sinne bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff.; Urteil 8C\_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3). Gemäss dem Gutachten des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 war der Versicherte aus organischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt (vgl. auch E. 11.7 hienach). IV-Eingliederungsmassnahmen standen im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 29. Februar 2012 unbestrittenermassen nicht zur Diskussion. Der Fallabschluss war demnach rechtens.

10.

Die Unfallschwere ist aufgrund einer objektivierten Betrachtungsweise nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Gemäss dem Unfallrapport der Polizeidirektion Rottweil vom 16. September 2007 fuhr der Versicherte am 14. August 2007 als Autolenker auf der Autobahn in Deutschland auf dem linken Fahrstreifen. Die Geschwindigkeitsangaben der Zeugen variierten zwischen 130 km/h und 160 km/h. Plötzlich sei ein auf dem rechten Fahrstreifen fahrender Sattelzug auf den linken Fahrstreifen ausgeschert. Der Versicherte sei mit ihm kollidiert, wobei sich die rechte Vorderseite seines Autos unter den linken hinteren Aufbau des Sattelauflegers verkeilt habe. In dieser Position sei es auf einer Länge von ca. 120 m mitgeschleift worden, bevor es sich gelöst habe. Die biomechanische Kurzbeurteilung der Gutachterstelle E. \_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2008 und das technische Gutachten vom 21. Oktober 2010 enthalten keine Angaben zur kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung des Autos des Versicherten. Indessen weisen die aus den Polizeifotos ersichtlichen starken Beschädigungen an seinem Fahrzeug darauf hin, dass durch den Unfall massive Kräfte freigesetzt wurden.

Letztlich kann jedoch offen bleiben, ob dieser Unfall - wie es der Versicherte verlangt - als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren ist, in welchem Fall für die Adäquanzbejahung der Nachweis bloss eines Kriteriums in einfacher Form genügen würde (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35 E. 4.3.1 [8C\_584/2010]). Denn es ist kein Kriterium erfüllt, wie die folgenden Erwägungen zeigen. Demnach ist es nicht entscheidungswesentlich, dass die Vorinstanz bei der Beurteilung der Unfallschwere die vom Versicherten ins Feld geführte Unfallvisualisierung nicht berücksichtige.

11.

11.1. Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls

vorliegen ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls des Versicherten zu beurteilen (nicht publ. E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 6.1). Im Bericht des Spitals V. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2008 wurde ausgeführt, er könne sich an den Unfall nicht mehr so richtig erinnern; er könne den Unfallhergang z.B. nicht genau beschreiben. Im Rahmen des Gutachtens des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 gab er an, er erinnere sich, das Auto verlassen zu haben; mehr wisse er nicht mehr über den Unfallhergang. Dem Kriterium der Begleitumstände/Eindrücklichkeit kann daher nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall und die damit verbundenen Begleitumstände gegeben wäre. Dem steht nicht entgegen, dass nicht auf das subjektive Erleben des Unfallgeschehens, sondern auf dessen objektive Eignung, bei den Betroffenen psychische Beeinträchtigungen auszulösen, abzustellen ist. Insgesamt ist das Kriterium daher nicht erfüllt (vgl. nicht publ. E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199; Urteil 8C\_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.1).

11.2. Aufgrund der Aktenlage erlitt der Versicherte beim Unfall vom 14. August 2007 eine HWS- und BWS-Distorsion, eine Kopfkontusion mit einer Rissquetschwunde, multiple Kontusionen im Bereich des Körpers, ein leichtes Schädelhirntrauma und eine vorübergehende Verschlimmerung der vorbestehenden Diskushernie (vgl. Sachverhalt lit. A und E. 6.2 hievov). Damit lagen insgesamt keine somatischen Verletzungen von besonderer Schwere und Art bzw. insbesondere keine Verletzungen vor, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Unbehelflich ist der Einwand des Versicherten, er habe den Kopf mehrfach angeschlagen. Nicht stichhaltig ist auch sein Vorbringen, seine Wirbelsäule sei erheblich vorgeschädigt und das typische Beschwerdebild besonders schwer ausgeprägt gewesen. Denn die Adäquanz einer psychischen Fehlentwicklung nach einem Schleudertrauma ist allein nach dem erlittenen körperlichen Gesundheitsschaden und dessen objektiven Folgen zu beurteilen; damit fällt das Adäquanzkriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung bei Anwendung der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen ausser Betracht. Das Kriterium wäre indessen auch bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis zu verneinen; denn hier

handelt es sich nicht um einen unfallbedingten Vorzustand und ist das Ausmass der Vorschädigung nicht durch die Zusprechung einer entsprechenden Rente ausgewiesen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 1 E. 3.4.2 [U 39/04]; Urteil 8C\_416/2011 vom 9. November 2011 E. 9.2).

11.3. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil 8C\_137/2014 E. 7.3). Nach dem Unfall wurde der Versicherte zunächst ambulant behandelt. Vom 9. bis 27. März 2009 war er in der Rehaklinik M. \_\_\_\_\_ hospitalisiert, wo er konservativ behandelt wurde. Im Weiteren bestand die Behandlung im Wesentlichen in Medikamenteneinnahme sowie ambulanter Physiotherapie, Akupunktur, Kraniosakraltherapie und Chiropraktik.

Am 20. April 2009 erfolgte im Schmerzzentrum Klinik W. \_\_\_\_\_ eine perkutane Rhizotomie C3 beidseits, C5 beidseits und C6 beidseits. Am 30. April 2012 wurde der Versicherte am HWK3/4 operiert, wobei im Hinblick darauf Infiltrationen und Mobilisation unter Narkose stattfanden. Diese Eingriffe können nicht als unfallbedingt angesehen werden (siehe E. 6.2 hievov); selbst wenn sie es wären, wäre das Kriterium jedoch nicht erfüllt (vgl. Urteil 8C\_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.3, wo das Kriterium trotz vier Operationen verneint wurde).

11.4. Zu prüfen ist, ob bis zum Fallabschluss körperliche Dauerschmerzen im Sinne von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden vorlagen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 241 E. 5.2.6 [U 380/04]; Urteil 8C\_137/2014 E. 7.4). Am 14. Mai 2008 legte der Versicherte gegenüber der SUVA dar, das Autofahren sei lange Zeit auf ca. eine halbe Stunde am Stück eingeschränkt gewesen; heute sei es rund eine Stunde möglich. Im Bericht des Spitals V. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2008 wurde ausgeführt, er sei seit 27 Jahren in einer Guggemusik, habe an der letzten Fasnacht unfallbedingt aber nur stundenweise teilnehmen können; er sei in verschiedenen Organisationen und Verbänden engagiert, ebenfalls nur noch teilweise seit dem Unfall. Am 28. Oktober 2008 gab der Versicherte dem SUVA-Kreisarzt an, beim Sport könne er nicht mehr den Crosstrainer benützen, könne aber Velofahren. Im Rahmen des Gutachtens des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 führte

der Versicherte aus, seit dem Unfall mache er nur noch eingeschränkt Musik, fahre kaum noch Motorrad und habe die Vereinstätigkeit stark reduziert. Er könne sich weniger an den Aktivitäten mit der Tochter beteiligen. In Haus und Garten sei er nur noch fähig, leichte Arbeiten zu verrichten, maximal während

einer halben Stunde. Im Lichte dieser dem Versicherten noch möglichen Aktivitäten - insbesondere auch des absolvierten Studiums (vgl. E. 11.6 hienach) - ist das Kriterium zu verneinen.

11.5. Unbestritten ist, dass das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, nicht erfüllt ist.

11.6. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 8.5 [U 479/05]). Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (Urteil 8C\_137/2014 E. 7.6). Gründe, welche die Bejahung des Kriteriums rechtfertigen würden, sind unter Ausklammerung der psychischen Fehlentwicklung nicht ersichtlich. Unbehelflich ist der pauschale Verweis des Versicherten auf seine vorinstanzliche Beschwerde, wonach eine anfängliche Überforderung vor dem Hintergrund einer vorgesehenen Beförderung zu berücksichtigen sei. Gleiches gilt für sein Vorbringen, die SUVA habe sich in keiner Weise medizinisch unterstützend verhalten. Soweit er geltend macht, der Heilungsverlauf sei durch die Diskushernie beeinträchtigt gewesen, reicht dies nicht zur Bejahung des Kriteriums aus (E. 6.2 hievore; vgl. auch Urteil 8C\_729/2012 E. 8.6, wo das Kriterium trotz vier Operationen verneint wurde).

11.7. Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 [U 56/00]; Urteil 8C\_137/2014 E. 7.7). Nach dem Unfall vom 14. August 2007 nahm der Versicherte die angestammte Arbeit am 21. August 2007 zu 50 % und ab 1. November 2007 zu 75 % wieder auf (Bericht des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2007). Am 14. Mai 2008 gab der Versicherte an, im März 2007 habe er nebenberuflich ein 3-jähriges Philosophie- und Managementstudium begonnen und sei in Vorbereitung des Abschlusses des 1. Lehrjahres gewesen; die Arbeitgeberin habe seine Anstellung per Ende September 2008 gekündigt, wobei er von der Arbeit freigestellt worden sei. Im Bericht vom 14. Mai 2008 führte Frau Dr. med. L. \_\_\_\_\_ aus, medizinisch-theoretisch würde sie von einer 25%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Am 22. Februar 2010 legte der Versicherte dar, seit ca. Mai 2009 sei er bei der Firma X. \_\_\_\_\_ AG für monatlich ca. 10-20 Arbeitsstunden angestellt; er sei als Projektleiter für sog. Start-Up-Unternehmen tätig, erstelle Businesspläne und helfe beim Aufbau der neuen Unternehmen. Voraussichtlich werde demnächst eine Anstellung mit einem ca.

10-15%igen Pensum als CEO bei der Firma Y. \_\_\_\_\_ AG erfolgen, wobei dann das Pensum bei der Firma X. \_\_\_\_\_ AG reduziert werde. Im Rahmen des Nachdiplomstudiums in Management und Philosophie habe er die Semester-Abschlussprüfungen bisher erfolgreich bestanden; der Studiumabschluss sei im September 2010 vorgesehen. Im Rahmen des Gutachtens des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 gab der Versicherte an, die Vorlesungen und das Studium habe er zu Ende absolviert; mit der Masterarbeit habe er jetzt aus gesundheitlichen Gründen ein Jahr ausgesetzt. Letztinstanzlich bringt er vor, das Nachdiplomstudium sei in Absprache mit den Ärzten und mit erheblichem Mehraufwand erfolgt; die Masterarbeit habe er nicht erstellen können. Durch diese Aktivitäten des Versicherten wird das Gutachten des Zentrums F. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2010 bekräftigt, wonach er aus organischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt war. Soweit andere Arztberichte eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestierten, kann darauf unter diesen Umständen nicht abgestellt werden. Demnach kann das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit insgesamt nicht als erfüllt gelten.

11.8. Nach dem Gesagten ist die Unfalladäquanz des psychischen Leidens bei Fallabschluss per 29. Februar 2012 zu verneinen. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

12.

Der unterliegende Versicherte trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Kantonsgericht Luzern, 3. Abteilung, und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 9. Februar 2015

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Leuzinger

Der Gerichtsschreiber: Jancar