

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/58 vom 25. April 2007**

Sg Versicherungsgericht, 2007-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2006\\_58](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2006_58)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/58 du 25 avril 2007

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2006/58 del 25 aprile 2007

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Frage nach einem typischen Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nach dem Unfall offen gelassen. Die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Anteile haben relativ bald nach dem Unfall an Bedeutung verloren. Adäquanzbeurteilung der psychischen Störungen gemäss BGE 115 V 138 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. April 2007, UV 2006/58).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin zunächst ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 3. März 2005 und erbrachte die entsprechenden Versicherungsleistungen. Mit Einspracheentscheid vom 24. März 2006 (Suva-act. 66) bestätigte die Beschwerdegegnerin sodann die von ihr vorgängig erlassene Verfügung vom 21. Oktober 2005 (Suva-act. 44). Mit ihr und damit dem Anfechtungsgegenstand dieses Verfahrens bildenden Einspracheentscheid (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 52 Rz. 25, Art. 56 Rz. 3) entschied die Beschwerdegegnerin, den Fall, was die Unfallfolgen anbelange, abzuschliessen und die Versicherungsleistungen mit dem 31. Oktober 2005 einzustellen. Im weiteren hielt die Beschwerdegegnerin fest, sie könne auch für den stationären Aufenthalt in der Klinik E.\_\_\_\_ vom 30. September bis 10. Oktober 2005 nicht aufkommen, nachdem die psychischen Beschwerden eindeutig unfallfremd seien. Die Einstellung der Leistungen bzw. Ablehnung der Leistungsausrichtung begründet die Beschwerdegegnerin damit, dass die Ursache der Heilbehandlungen sowie der Arbeitsunfähigkeit nur noch die ihrer Ansicht nach unfallfremde psychische Komponente gebildet habe. Der Beschwerdeführer macht jedoch fortdauernde gesundheitliche Probleme in Form von Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schwindelgefühlen, Dauermüdigkeit, Schlafstörungen, Lärm- und Lichtempfindlichkeit sowie Depressionsbeschwerden geltend. Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob die genannten Beschwerden Unfallrestfolgen bilden, aufgrund derer die Beschwerdegegnerin für die Heilbehandlungskosten in der Klinik E.\_\_\_\_ aufzukommen sowie Versicherungsleistungen über den 31. Oktober 2007 auszurichten hat.

### **E. 2**

a) Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen und Grundsätze über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen einer Gesundheitsschädigung (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule [HWS]) und dem versicherten Unfall (BGE 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e) zutreffend

dargelegt. Darauf wird verwiesen. Richtig sind auch die vorinstanzlichen Erwägungen zur überdies erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (vgl. auch BGE 129 V 181 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 461 E. 5a mit Hinweisen) sowie bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 138 ff. E. 6) und Unfällen mit Schleudertrauma der HWS, Schädel-Hirntrauma oder gleichartiger Verletzung (BGE 117 V 359, 369; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2), mit Einschluss der Rechtsprechung zur Abgrenzung der Anwendungsbereiche dieser beiden Vorgehensweisen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). b) Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

### **E. 3**

Aus den Akten geht eindeutig hervor, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Die am Unfalltag im Spital B.\_\_\_\_ durchgeführten bildgebenden röntgenologischen Untersuchungen des Thorax, der HWS, Dens, LWS, Clavicula links sowie des Beckens ergaben normale Befunde bzw. keine Hinweise auf Frakturen. Als Befunde wurden einzig Druckdolenzen im Bereich des craniocervicalen Übergangs, der HWS und der LWS sowie im Bereich der linken Clavicula erhoben. Bewegungseinschränkungen wurden gar keine beschrieben (Suva-ct. 6). Angefügt sei, dass Druckdolenzen und Bewegungseinschränkungen laut Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007 Sozialversicherungsrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) grundsätzlich kein klar fassbares, organisches Substrat darstellen (vgl. Urteile des EVG vom 3. August 2005 [U 9/05] i/S M., E. 4, und 23. November 2004 [U 109/04] i/S B., E. 2.2). Die cranio-cerebrale

Computertomographie der Klinik G.\_\_\_\_ vom 15. April 2005 brachte sodann keine intracranielle Blutung, intakte ossäre Verhältnisse der Schädelkallotte sowie im übrigen ein altersentsprechend normales cranio-cerebrales Computertomogramm hervor (Suva-act. 7). Die ebenfalls in der Klinik G.\_\_\_\_ durchgeführte Computertomographie der LWS vom 6. Mai 2005 zeigte schliesslich konturell und strukturell intakte Lendenwirbelkörper mit regelrechtem Aligment und insbesondere ohne Frakturnachweis. Sichtbar waren jedoch leichte Discusprotrusionen im Bereich der LWS, deren Ursache aber unbestrittenermassen degenerativer Natur ist (Suva-act. 8).

#### **E. 4**

a) Während die Beschwerdegegnerin annimmt, der Beschwerdeführer habe am 3. März 2005 eine HWS-Distorsion erlitten, geht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zusätzlich von einer leichten traumatischen Hirnverletzung aus. Im echtzeitlichen Bericht vom 4. März 2005 stellten die Ärzte des Spital B.\_\_\_\_ die Diagnose einer HWS-Distorsion. Im Bericht vom 14. März 2005 wurde sodann damit harmonierend eine Wirbelsäulenprellung diagnostiziert (Suva-ct. 6). Von einer HWS-Distorsion wird auch von der Rehaklinik D.\_\_\_\_ ausgegangen (Suva-act. 34, 35, 39). Dr. C.\_\_\_\_ leitete rund einen Monat nach dem Unfall wegen starker Kopfschmerzen eine cranio-cerebrale Computertomographie in die Wege (Suva-act. 7) und diagnostizierte im ärztlichen Zwischenbericht vom 9. Mai 2005 eine Kopfkontusion (Suva-act. 11). Entsprechend wurde in den nachfolgenden ärztlichen bzw. medizinischen Berichten von einer Beeinträchtigung des Kopfs ausgegangen, und es wurden entsprechende Diagnosen wie eben eine Kopfkontusion (Suva-act. 17), eine leichte Comotio cerebri (Suva-act. 23; = sog. Gehirnerschütterung, leichtes Schädelhirntrauma [PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl. Berlin 2002, S. 310]) sowie eine leichte traumatische Hirnverletzung MTBI (Suva-act. 34, 35, 37, 39) gestellt. Nachdem nicht nur die Comotio cerebri, sondern auch die Distorsion der HWS mit einem Kopfanprall verbunden sein kann (vgl. diesbezüglich THOMAS LOCHER, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: MURER/NIEDERER/RADANOV/RUMO-JUNGO/STURZEN-EGGER/WALZ [Hrsg.], Das so genannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, 31 f.) und ein solcher beim gegebenen Unfallhergang - das Fahrzeug des angegurten Beschwerdeführers geriet durch eine heftige Lenkbewegung ins Schleudern, überschlug sich an einem Wiesenbord und kam auf dem Dach liegend zum Stillstand - durchaus in Betracht zu ziehen ist, erscheinen beide Diagnosen möglich. Ob der Beschwerdeführer eine Distorsion der HWS und/oder ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitten hat, braucht jedoch, insbesondere auch deshalb, weil sich deren Folgen vergleichen lassen und es somit nach der Rechtsprechung des EVG nicht darauf ankommt ob dieses Beschwerdebild Folge einer HWS-Distorsion oder eines Schädel-Hirntraumas ist (vgl. BGE 117 V 369; RKUV 2002 Nr. U 470 S. 531, 2000 Nr. U 395 S. 316), nicht abschliessend geklärt zu werden. Es darf jedenfalls angenommen werden, dass der Beschwerdeführer eine Verletzung im HWS-Bereich und/oder im Kopfbereich erlitten hat, auch wenn sich diese nicht als strukturelle Veränderung zeigte. b) aa) Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer pathologischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen,

Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 360 E. 4b). Das typische bunte Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden) muss jedoch laut neuester Rechtsprechung der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T., und 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.) nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS (bei einem durchgemachten Schädelhirntrauma wohl insbesondere auch im Bereich des Kopfs) manifestieren (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e). Die andern im Rahmen einer HWS-Distorsion oder eines Schädelhirntraumas typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. bb) Beim Beschwerdeführer sind laut echtzeitlichen Berichten des Spital B.\_\_\_\_ vom 4. und 14. März 2005 innerhalb der erforderlichen Latenzzeit Beschwerden im Bereich des cranio-cervikalen Übergangs sowie der HWS aufgetreten. Die zusätzlich geklagten LWS-Schmerzen sind wohl auf die LWS-Kontusion zurückzuführen (Suva-act. 5, 6). Im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2005 ist von starken Kopfschmerzen und zudem wieder von LWS-Schmerzen die Rede (Suva-act. 11; vgl. auch Suva-act. 17). Dr. C.\_\_\_\_ hat bereits Mitte April 2005 wegen starker Kopfschmerzen des Beschwerdeführers eine cranio-cerebrale computertomographische Untersuchung in die Wege geleitet (Suva-act. 7). Erst rund vier Monate nach dem Unfall sind in den Akten weitere typische Beschwerden vermerkt (Trümmel [Suva-act. 22]; Übelkeit, Verschwommensein, Schwindel sowie psychische Symptome [Suva-act. 23]; Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdbarkeit [Suva-act. 35]). Angesichts dessen, dass sich diese Symptomausweitung parallel mit der Feststellung psychischer Symptome zeigte, erscheint es fraglich, ob beim Beschwerdeführer insgesamt ein typisches buntes Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden aufgetreten ist, das als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS- und/oder Schädelhirntraumas zu betrachten ist.

## **E. 5**

a) Aus den nachfolgenden medizinischen Stellungnahmen geht nun aber ohnehin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hervor, dass die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Anteile schon relativ bald nach dem Unfall, d.h. zumindest im Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik E.\_\_\_\_ und der Leistungseinstellung per 31. Oktober 2005, an Bedeutung verloren haben bzw. die ursprünglichen Verletzungen als abgeheilt betrachtet werden können. Die fortbestehenden Beeinträchtigungen stellten schon frühzeitig zunehmend und in der Folge ausschliesslich die Folge einer psychischen Fehlentwicklung sowie psychosozialer Belastungsfaktoren dar. b) So geht Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Juli 2005 davon aus, dass wegen der seit dem Unfall beschriebenen psychischen Symptome (Insomnie, Nervosität, innere Unruhe, häufiges zwanghaftes Wiedererinnern des Unfallereignisses) der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) bestehe. Das cranio-cerebrale Computertomogramm vom 15. April 2005 sei unauffällig gewesen. Auch die neurologische Untersuchung vom 2. Mai 2005 einschliesslich EEG habe ein normales Ergebnis gezeigt. In der Folge sei wegen der Kopfschmerzen über mehrere Wochen eine medikamentöse Behandlung durchgeführt und daraufhin wieder gestoppt worden. Eine leichte aber keineswegs hinreichende Besserung habe sich nach Angaben des Beschwerdeführers nach einer Spritzenbehandlung am Kopf

gezeigt. Eine regelmässige Wiederaufnahme der Arbeit sei nach wie vor nicht möglich. In dieser Situation, in der bereits die Gefahr einer Chronifizierung und möglicherweise einer Invalidisierung bestehe, insbesondere im Hinblick auf die ungünstigen sozialen Umstände (Verlust der Arbeitsstelle), halte er eine frühzeitige, stationäre Neurorehabilitation für indiziert (Suva-act. 23). Im Rahmen des nachfolgenden stationären Aufenthalts in der Rehaklinik D. \_\_\_ ergab die zunächst durchgeführte neuropsychologische Untersuchung im Vordergrund stehende Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit über mehrere Minuten auf eine Aufgabe zu richten, eine erheblich reduzierte Dauerbelastbarkeit, eine verminderte Ausdauer sowie eine damit verbundene erhöhte Ermüdbarkeit. Der Beschwerdeführer könne sich nicht ausreichend auf leistungsbezogene Aufgaben einlassen. Er zeige während der gesamten neuropsychologischen Untersuchung eine sehr geringe Anstrengungsbereitschaft. Die beobachteten Einbussen in den Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen wirkten sich auf alle kognitiven Bereiche negativ aus. Affektiv bestehe zudem eine depressive Verstimmung mit gereizten Reaktionsweisen sowie geringer Frustrationstoleranz. Die seit dem Unfall vom 3. März 2005 persistierende Schmerzproblematik sowie die zwischenzeitlich eingetretene depressive Entwicklung hielten die verminderte Ausdauer und die reduzierten Aufmerksamkeitsleistungen aufrecht, was zur erwähnten erheblich eingeschränkten Dauerbelastbarkeit führe. Aufgrund dieses Mischbildes sei eine Quantifizierung der neuropsychologischen Auffälligkeiten nicht möglich. Zwischen dem Verhalten des Beschwerdeführers in der Testsituation, in der er kaum in der Lage gewesen sei, sich ein paar Minuten zu konzentrieren und seinen Angaben, dass er ab und zu Auto fahre, bestehe eine erhebliche Diskrepanz, die sich mit der leichten traumatischen Hirnverletzung und der HWS-Distorsion nicht erklären lasse. In ähnliche Richtung wiesen die Resultate im Screening-Verfahren zur Erfassung von Malingering (Simulationsverhalten; Suva-act. 35). Im Rahmen des Psychiatrischen Konsiliums wurde sodann die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10): F32.2) vor dem Hintergrund einer eher wahrscheinlichen posttraumatischen Belastungsstörung infolge des Unfalls vom 3. März 2005 (ICD-10: F43.1) gestellt. Zudem bestehe laut Angaben des Beschwerdeführers eine erhöhte Reizbarkeit mit teilweise aggressiven Durchbrüchen. Es sei anzunehmen, dass sich die depressive Symptomatik jetzt zusätzlich durch die psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzverlust, Konflikte mit dem Arbeitgeber, Probleme mit der Ehefrau) und die persistierende Schmerzsymptomatik (Kopf- und Nackenschmerzen) verschlimmert habe. Die vom Beschwerdeführer berichtete Gereiztheit und Neigung zu aggressiven Ausbrüchen gegenüber seiner Familie und Mitarbeitern stehe nicht selten ebenfalls in Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. In der aktuellen psychischen Verfassung sei der Beschwerdeführer rein aus psychischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 36). Durch die von Dr. I. \_\_\_ am 9. August 2005 durchgeführte neurootologische Untersuchung konnte eine wesentliche Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems ausgeschlossen werden. Allenfalls bestünden diskrete Hinweise auf eine zentrale vestibuläre Funktionsstörung - leichtes Überwiegen der Rechtsnystagmen bei den experimentellen Untersuchungen jedoch numerisch durchaus noch im Normbereich - welche durch die stattgefundene Commotio im Sinne eines postcommotionellen Syndroms durchaus erklärbar sei. Erfahrungsgemäss erholten sich solche leichten postcommotionellen Störungen im Laufe der Monate folgenlos (Suva-act. 37). Im Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_ vom 31. August 2005 wurde schliesslich zusammenfassend festgehalten, dass aus psychischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige angestammte Tätigkeit als Rollladenmonteur bestehe.

Aber auch für andere berufliche Tätigkeiten sei zur Zeit keine verwertbare Arbeitsleistung gegeben. Die Beschwerden aus dem neuropsychologischen Fachgebiet seien am ehesten im Rahmen des psychopathologischen Zustandsbildes zu erklären, obwohl eine Quantifizierung aufgrund des Mischbildes (persistente Schmerzproblematik/depressive Entwicklung/geringe Anstrengungsbereitschaft) derzeit nicht möglich sei. Aktuell stehe die Psychopathologie eindeutig im Vordergrund. Da keine Anhaltspunkte für eine umschriebene organisch-strukturelle Schädigung des Nervensystems oder anderen anatomischen Strukturen vorliege, werde von keiner relevanten Einschränkung der Zumutbarkeit aus somatischer Sicht ausgegangen. Lediglich sollten - bei diskreten Hinweisen auf eine zentrale vestibuläre Funktionsstörung - kurzfristig die unfallträchtige Situation sowie Tätigkeiten mit Sturzgefahr gemieden werden (Suva-act. 39). Laut Kurzbericht der Klinik E. \_\_\_ vom 17. November 2005 musste sich der Beschwerdeführer am 27. Oktober 2005 aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung in der Klinik in stationäre Behandlung begeben. Die Erkrankung sei Folge des Unfalls vom 3. März 2005 und stehe in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem Unfall (Suva-act. 49). Im ausführlichen Bericht über die stationäre Behandlung vom 1. Dezember 2005 bestätigte die Klinik sodann die bereits von der Rehaklinik D. \_\_\_ gestellten psychiatrischen Diagnosen einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F 32.2) sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1). Als Nebendiagnosen wurde ein Status nach Selbstunfall mit dem Auto am 3. März 2005 mit leicht traumatischer Hirnverletzung, HWS-Distorsion und multiplen Kontusionen sowie eine verminderte Glukosetoleranz gestellt. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde schliesslich auf 0% festgelegt.

c) Zusammenfassend ist angesichts obiger Erwägungen festzustellen, dass die später verfassten medizinischen Berichte gegenüber den echtzeitlichen Akten ausschliesslich psychiatrische Diagnosen enthalten, dies unter anderem verbunden mit dem Hinweis auf eine psychosoziale Belastungssituation. Aufgrund der echtzeitlichen Akten können sodann - wie in Erwägung Ziff. 4b/bb dargelegt - typische Verletzungsfolgen nach einem HWS- und/oder Schädelhirntrauma deutlich geworden in Form eines typischen Beschwerdebildes mit einer Häufung von Beschwerden nicht ohne weiteres bejaht werden. Die Nacken- bzw. HWS-Schmerzen sind einzig in den echtzeitlichen Akten erwähnt. Vier Monate nach dem Unfall machte sich sodann parallel mit dem Auftreten psychischer Symptome eine Symptomausweitung bemerkbar. In Übereinstimmung mit der Schlussfolgerung in Erwägung Ziff. 5b spricht dieser Umstand gleichfalls für eine Heilungstendenz der physischen Anteile. Auch von Seiten der medizinischen Forschung (GERHARD JENZER, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, in: SZS 1996 S. 462 ff.) wird festgehalten, der typische posttraumatische Verlauf nach einem leichten Schädelhirntrauma bzw. einer Beschleunigungsverletzung entspreche einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen (JENZER, a.a.O., S. 467). Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirn- bzw. HWS-Schädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung bzw. Schädigung im HWS-Bereich rufen (JENZER, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch B. P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Im Übrigen ist von Bedeutung, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten kann, wenn sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f.).

Entsprechend der vorherigen Erwägungen ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs mit dem Unfallereignis vom 3. März 2005 bei dieser Ausgangslage praxisgemäss (Erwägung Ziff. 2b hievor) nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen (und nicht nach derjenigen zu den Folgen eines Schleudertraumas der HWS oder einer gleichgestellten Verletzung) zu beurteilen.

## E. 6

a) Die Frage, ob es sich bei den heute bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen um eine natürliche Folge des versicherten Unfalls handelt, kann offen bleiben, wenn ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Störungen und dem Unfall verneint werden muss (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Selbst wenn vorliegend ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfall zu bejahen wäre, müsste - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - das Bestehen des adäquaten Kausalzusammenhangs verneint werden. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs zwischen Unfall und psychischer Gesundheitsschädigung zutreffend dar (Erwägungen Ziff. 3); darauf kann verwiesen werden. b) Der Beschwerdeführer geriet am 3. März 2005 als Lenker eines Lieferwagens auf der Autobahn fahrend aus unbekanntem Grund mit den rechten Rädern seines Fahrzeugs über den rechten Fahrbahnrand hinaus auf die angrenzende Wiese. Durch eine heftige Lenkbewegung gegen links kam das Fahrzeug ins Schleudern, wobei es erneut über den rechten Fahrbahnrand hinaus geriet und sich am angrenzenden Wiesenbord überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam. Für ein vom Beschwerdeführer angegebenes mehrmaliges Überschlagen des Fahrzeugs finden sich im Polizeibericht vom 15. März 2005 keine Hinweise (vgl. Suva-act. 65/3 und 65/4). Die Parteien sind sich - zu Recht - einig, dass dieser Unfall bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik bzw. der bundesgerichtlichen Praxis (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 55 ff.; Urteil des EVG vom 10. Juli 2002 [U 309/01] i/S O.) den mittelschweren Unfällen zuzuordnen ist. Die Frage der genauen Zuteilung des Unfalls innerhalb der mittelschweren Unfälle braucht vorliegend nicht beantwortet zu werden, weil die folgende Beurteilung zeigt, dass die in die Prüfung mit einzubeziehenden Kriterien (BGE 115 V 140 6c/aa, 117 V 366 f. E. 6) weder in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind, noch eines der Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist. Eine gewisse Eindrücklichkeit ist dem Verkehrsunfall vom 3. März 2005 durchaus zuzubilligen. Von einer besonderen Eindrücklichkeit oder von besonders dramatischen Begleitumständen, welche objektiv geeignet sind, bei Betroffenen psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können, kann jedoch trotz allem nicht gesprochen werden (vgl. dazu Urteil des EVG vom 10. Februar 2006 [U 353/05] i/S M.; RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 f.). Insbesondere war der Unfallablauf offensichtlich ein kurzes Ereignis, woran sich der Beschwerdeführer nicht mehr erinnern kann (vgl. Suva-act. 65/2). Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist ebenso nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer hat zwar multiple Distorsionen bzw. Kontusionen erlitten, welche jedoch nicht allesamt entsprechende klinische Befunde ergaben. Die nach dem HWS- und/oder Schädelhirntrauma aufgetretenen Beschwerden mögen wohl als unangenehm bezeichnet werden; um schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie sie

nach Verkehrsunfällen auftreten können, handelt es sich jedoch dabei nicht. Strukturelle Schädigungen oder äussere Verletzungen hat der Beschwerdeführer keine erlitten. Anzeichen für eine fachärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sind aus den medizinischen Akten nicht ersichtlich. Im Zusammenhang mit der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung und der körperlichen Dauerschmerzen ist zu beachten, dass das nach dem HWS- und/oder Schädelhirntrauma aufgetretene Beschwerdebild - wie in Erwägung Ziff. 5b und c ausgeführt - spätestens im Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik E.\_\_\_\_ am 30. September 2005, d.h. rund sieben bzw. acht Monate nach dem Unfall, nicht mehr durch organische, sondern wohl durch psychische Faktoren aufrechterhalten wurde, der psychische Gesundheitsschaden aber nicht in die Adäquanzbeurteilung einbezogen werden darf (BGE 123 V 99 E. 2a). Bei dieser Zeitspanne kann keinesfalls von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Abgesehen von einem rund einmonatigen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ zur medizinischen Abklärung und Standortbestimmung erfolgte sodann lediglich die Abgabe schmerzlindernder Medikamente im Rahmen hausärztlicher Kontrolluntersuchungen und angeblich eine Spritzen Therapie (Suva-act. 11, 17, 23). Irgendwelche andere intensive Therapien wurden keine durchgeführt. Körperlich bedingte Dauerschmerzen sind dementsprechend ebenfalls zu verneinen. Dem Grad und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kommt schliesslich ebenfalls unter dem Blickwinkel der oben erwähnten Zeitspanne kein besonderes Gewicht zu. Laut psychosomatischem Konsilium der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom 3. August 2005 (Suva-act. 36) und dem Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2005 (Suv-act. 55) ist der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen zu 100% arbeitsunfähig. Demgegenüber geht die Rehaklinik D.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 31. August 2005 von keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht aus (Suva-act. 39). Mangels bleibender physischer Verletzung erübrigen sich schliesslich auch die Fragen nach der Schwierigkeit des Heilungsverlaufs und der Erheblichkeit von diesbezüglichen Komplikationen. Damit ist von den massgebenden Kriterien kein einziges erfüllt. Angesichts der geschilderten Umstände ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt zu erachten, dass der in Frage stehende Unfall nicht geeignet war, die bestehenden (psychisch) bedingten Beschwerden des Beschwerdeführers auch über den 30. September bzw. 31. Oktober 2005 hinaus adäquat-kausal zu beeinflussen. Der stationäre Aufenthalt in der Klinik E.\_\_\_\_ ist offensichtlich aus rein psychischen Gründen notwendig geworden. Die Verneinung einer Leistungspflicht für die dadurch entstandenen Heilkosten sowie die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Oktober 2005 lässt sich daher nicht beanstanden.

## **E. 7**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 24. März 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [SR 830.1, ATSG]). Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung ist der Vertreter des Beschwerdeführers bei diesem Verfahrensausgang durch den Staat zu entschädigen (Art. 61 lit. f ATSG und Art. 99 Abs. 1 und Abs. 2 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, sGS 951.1, in Verbindung mit Art. 281 f. des kantonalen Zivilprozessgesetzes, sGS 961.2). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat für diesen Fall die Kostennote vom 4. Januar 2007 eingereicht. Die geltend gemachten Entschädigungsforderungen von Fr. 3'735.-- (Honorar) und Fr. 166.-- (Barauslagen)

erscheinen in Anbetracht der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses als angemessen. Inklusive Mehrwertsteuer von Fr. 296.50 ist der Rechtsvertreter deshalb gesamthaft mit Fr. 4'197.50 zu entschädigen ist. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 4'197.50 inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.