

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/109 vom 3. Dezember 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2008\\_109](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_109)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/109 du 3 décembre 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/109 del 3 dicembre 2009

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem cranio-cervikalen Beschleunigungstrauma. Prüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2009, UV 2008/109).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 11. Juni 2002 ausgerichtet wurden, auf den 15. Oktober 2007 eingestellt werden durften oder nicht. Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids und der Verfügung vom 25. September 2007 (UV-act. I/176) bildete der zweite Unfall vom 30. Dezember 2003. Die allfälligen gesundheitlichen und erwerblichen Folgen des zweiten Ereignisses können somit auch in diesem Verfahren nicht geprüft werden. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden sowie die Beweisanforderungen im angefochtenen Entscheid (Erw. 2, 4a, 5) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

### **E. 2**

2.1 Dr. med. B.\_\_\_\_ bescheinigte im Nachgang zum Unfall vom 11. Juni 2002 eine HWS-Distorsion sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (UV-act. I/7). Der Beschwerdeführer stand seit Dezember 2002 in psychiatrischer Behandlung (vgl. UV-act. I/25). Am 27. Januar 2003 bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50% ab 7. Oktober 2002. Als unfallfremden Faktor gab er an, dass vor dem Unfall ("früher mal") eine antidepressive Therapie durchgeführt worden sei (UV-act. I/32). Der Psychotherapeut Dr. med. C.\_\_\_\_ berichtete am 11. März 2003, der Patient sei ihm aus früheren Behandlungen bei familiären Problemen, begleitet von reaktiven depressiven Krisen, seit langem bekannt. Er befürworte den Vorschlag, den Patienten in geschützten Verhältnissen eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit ausüben zu lassen (UV-act. I/46). Am 17. Mai 2003 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, über die von ihm durchgeführten Behandlungen (UV-act. I/56). Der Neurologe Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte am 20. Juni 2003 die Diagnosen eines posttraumatischen Spannungskopfschmerzes, eines HWS-Schleudertraumas und einer "Contusionsblutung cortico-subcortical rechts fronto-basal" (UV-act. I/62). Am 14. Mai 2003 erstattete F.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_, einen Bericht über den Verlauf, das Reha-Konzept und die Eingliederungsbemühungen (UV-act. I/66 Beilage; vgl. auch UV-act. I/65, I/74, I/75, I/77, I/78). Im Nachgang zum zweiten Unfall vom 30. Dezember 2003 bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ im

Bericht vom 6. Juli 2004 einen Status nach Osteosynthese einer offenen Patellatrümmerfraktur, einen Status nach Osteosynthese der linken Tibia nach offener Tibiakopftrümmerfraktur und nach Fixateur-Ruhigstellung. Es werde Physiotherapie durchgeführt mit sukzessiver Besserung. Ab Ende April 2004 sei Vollbelastung vorgesehen. Im Übrigen bestünden Nackenschmerzen und Lumbalgien von Seiten des ersten Unfalls. Seit 10. Mai 2004 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Frau F.\_\_\_\_ habe dem Beschwerdeführer in der Verkaufsbranche eine 50%-Stelle verschafft (UV-act. II/23). Die Invalidenversicherung übernahm die Kosten für eine berufliche Abklärung in der Stiftung G.\_\_\_\_ vom 1. August bis 30. November 2004 (UV-act. II/25; vgl. auch UV-act. I/100). Dr. B.\_\_\_\_ bescheinigte in der Folge bezüglich der Verletzung am linken Bein ab 20. August 2004 gestützt auf eine Einschätzung der Klinik für Orthopädie am Kantonsspital St. Gallen eine Arbeitsfähigkeit von 75% (UV-act. II/33f). Ab 11. Oktober 2004 bestand hinsichtlich des zweiten Unfalls gemäss Dr. B.\_\_\_\_ wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. UV-act. II/39; UV-act. I/108 S. 3). Bezüglich des ersten Unfalls bescheinigte Dr. D.\_\_\_\_ ab 30. November 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/108 S. 2, I/143, I/173 Beilage). Im Abklärungsbericht der Stiftung G.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2004 wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdeführer sei beim Arbeitseinsatz bewusst als Führungsperson eingesetzt worden. Die verwertbare Arbeitsleistung sei praktisch gleich Null gewesen. Die vom Arzt ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 50% könne in keiner Weise bestätigt werden (UV-act. I/106). In der Folge erstattete F.\_\_\_\_ am 14. Januar 2005 einen Verlaufsbericht/Protokoll Rehakonferenz (UV-act. I/112 Beilage). Eine neuropsychologische Untersuchung ergab gemäss Bericht von lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, vom 4. Februar 2005 eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung (UV-act. I/120). Mit Verfügung vom 21. März 2005 lehnte die IV die Durchführung von beruflichen Massnahmen ab (UV-act. I/128).

2.2 Eine interdisziplinäre Begutachtung ergab gemäss Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2007 die Diagnosen eines Verdachts auf Anpassungsstörung und eines Verdachts auf Somatisierungsstörung bei Status nach Verkehrsunfällen vom 11. Juni 2002 (HWS-Distorsion) und vom 30. Dezember 2003. Vorbestehend seien die rezidivierenden Nackenbeschwerden (seit ca. 2000), rezidivierende depressive Episoden, ein chronischer Schmerzmittelmissbrauch, ein Alkohol- und Nikotinmissbrauch sowie fortgeschrittene degenerative Veränderungen des rechten Ellbogengelenks im Sinn einer Arthrosis deformans. Unfallbedingte organische Beschwerden lägen nicht vor. Die vom Beschwerdeführer genannten Schmerzen und Verspannungen seien nicht geeignet, die schwankenden Leistungen bei den verschiedenen Testungen zu erklären. Auch bei Angabe von ausgeprägten Schmerzen habe er gute Leistungen erzielen können. Objektivierbar sei - soweit Untersuchungsverfahren, welche die Mitarbeit des Probanden und Bereitschaft, an die Leistungsgrenze zu gehen erfordern, überhaupt objektivierbar sein könnten - ein leichtes bis mittelgrades kognitives Defizit. Dennoch werde aus neuropsychologischer Sicht die Aufnahme einer Berufstätigkeit, z.B. als Bürohilfe oder Sachbearbeiter, im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung für möglich und sinnvoll erachtet. Seitens Schwindel und Sehnen bestünden keine alltags- und berufsrelevanten Einschränkungen. Organischer Genese seien allenfalls die Kribbelparästhesien an beiden Händen bei vordiagnostiziertem Sulcus-Ulnaris-Syndrom. Selbst wenn der unspezifische Glioseherd rechts frontal im Sinn einer sogenannten "contusio sine commotio" auf den Unfall zurückzuführen wäre, wäre er nicht geeignet, die geklagten Beschwerden zu erklären. Die für eine MTBI typischen Zeichen (Verwirrtheit und Amnesie) hätten nicht vorgelegen. Die Beschwerden seien nicht

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 11. Juni 2002 zurückzuführen. Die Ursache der noch geklagten Beschwerden sei in einer Anpassungsstörung zu suchen. Die Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma träten gegenüber den psychischen Beschwerden nicht in den Hintergrund. Es sei eine weitere medizinische (psychotherapeutische) Behandlung nötig. Im Beruf als Geschäftsführer bestehe aktuell keine Arbeitsfähigkeit. Unter Massgabe eines Arbeitstrainings und einer stufenweisen Wiedereingliederung sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, z.B. als Bürohilfe oder Sachbearbeiter, zumutbar und möglich. Es liege keine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität vor (UV-act. I/166 S. 2 und S. 36-42). 2.3 Dr. D.\_\_\_\_ legte im Bericht vom 11. Oktober 2007 unter anderem dar, die relevanten Defizite respektive Möglichkeiten seien im Bericht von lic. phil. H.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2005 ausführlich dargelegt worden. Erwähnenswert sei in diesem Zusammenhang das durchgemachte Trauma der Frontalhirnregion. Eine Krankheit als Ursache der aktuellen Beschwerden könne er nicht erkennen (UV-act. I/179). Im Bericht vom 14. Januar 2008 kam Dr. med. I.\_\_\_\_. Radiologie FMH, zum Schluss, beim Beschwerdeführer bestehe ein eher weit gestelltes äusseres Liquorsystem; ansonsten liege kein Nachweis eines pathologischen Befunds vor; insbesondere seien keine posttraumatischen Defekte oder Blutungsresiduen feststellbar. Es bestünden nebenbefundlich Zeichen einer chronischen Sinusitis (UV-act. I/189 und I/199 Beilage). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 30. Januar 2008 unter anderem, seit dem Schleudertrauma leide der Beschwerdeführer unter verminderter Stresstoleranz und ermüde schnell. Weiter bestünden Kopf- und Nackenschmerzen. Aufgrund der lange anhaltenden Symptomatik sei er in eine Temesta-Abhängigkeit hineingeraten. Die Entzugsbehandlung bei ihm laufe seit dem 7. Januar 2008. Der Arzt bat um Mitteilung, ob er diese Behandlung der Beschwerdegegnerin verrechnen könne (UV-act. I/187 Beilage). Am 28. März 2008 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, eine mindestens 50%ige Erwerbstätigkeit in einem geeigneten Rahmen sei unter allen Umständen anzustreben. Er verstehe nicht, wieso hier keine beruflichen Massnahmen möglich seien (UV-act. I/199). Dieser Beurteilung schloss sich Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. April 2008 an (UV-act. I/200). Gestützt auf eine im Juli 2008 - und damit noch vor Erlass des angefochtenen Entscheids - erfolgte Begutachtung diagnostizierten die Gutachter der MEDAS Zentralschweiz im Bericht vom 5. November 2008 mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikozephalisches und zervikobrachiales Schmerzsyndrom und eine posttraumatische, fortgeschrittene Femoropatellararthrose und beginnende mediale Gonarthrose links sowie fortgeschrittene Ellbogenarthrose rechts. Ohne wesentliche Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit bestehe eine akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend narzisstischen und konfliktvermeidenden Verhaltensweisen und Schmerzpräsentation im Sinn einer Symptomenausweitung sowie Nikotinabusus (act. G 12.1 S. 23).

### **E. 3**

3.1 Soweit der Beschwerdeführer die Verwertbarkeit des Gutachtens der Klinik L.\_\_\_\_ anzweifelt, inhaltlich jedoch die Qualität, die Aktualität und die Art der Begutachtung beanstanden lässt (act. G 1 S. 6 und S. 8f), stellt er damit den Beweiswert des Gutachtens zur Diskussion. Gründe, die Verwertbarkeit des Gutachtens als solche anzuzweifeln, werden weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich. Die Frage, inwiefern dem Gutachten ein Beweiswert zukommt, bildet unter anderem Gegenstand der nachstehenden Erwägungen. Die Frage, ob es beim Beschwerdeführer beim Unfall vom 11.

Juni 2002 - wie er selbst angab (UV-act. I/16) - zu einem kurzen Bewusstseinsverlust kam, lässt sich gemäss Gutachten der Klinik L. \_\_\_ nicht mehr mit Sicherheit rekonstruieren. Es bestehe keine Amnesie für das Ereignis (UV-act. I/166 S. 36). Der Beschwerdeführer war in der Lage, dem rapportierenden Polizisten den Unfallhergang detailliert zu schildern (vgl. UV-act. I/4 S. 7). Laut seinen Angaben fand ein Kopfanprall (an der Seitenscheibe/Seitenstütze) mit Stirnprellung sowie ein Anprall des linken Beines statt (UV-act. I/16). Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten keine MTBI (mild traumatic brain injury) oder Gehirnerschütterung (vgl. UV-act. I/9) bzw. verneinten eine Comotio cerebri ausdrücklich (UV-act. I/21). Lic. phil. H. \_\_\_ legte sodann dar, aus einem Bericht der M. \_\_\_ vom 14. Mai 2003, der auch vom Patienten unterschrieben sei, gehe hervor, dass er sich nach dem Aufprall als nächstes an den Rauch erinnere, der durch die Auslösung des Airbags entstanden sei, dass er dadurch in Panik geraten sei und das Auto durch das Fenster verlassen habe, da sich die Fahrertüre nicht öffnen liess. Diese Angaben würden vom Patienten auch heute so bestätigt. Im Bericht des Neurologen Dr. E. \_\_\_ (UV-act. I/62) dagegen sei von einer Bewusstlosigkeit unbekannter Dauer und mehreren Minuten bis Stunden mit retrograder Amnesie die Rede. Zudem fehle dem Patienten jede Erinnerung bis zum Spitaleintritt. Diese Angaben würden vom Beschwerdeführer verneint (UV-act. I/120 S. 2). Die Darlegungen von lic. phil. H. \_\_\_, aber auch die Befunde des Radiologen Dr. I. \_\_\_ vom 14. Januar 2008 (UV-act. I/189 und I/199 Beilage: keine posttraumatischen Defekte oder Blutungsresiduen feststellbar), bestätigen somit im Ergebnis die Feststellungen der Klinik L. \_\_\_. Die Ausführungen von Dr. E. \_\_\_ im Bericht vom 20. Juni 2003 (UV-act. I/62) beruhen auf einem unzutreffenden bzw. nicht belegten Sachverhalt. Was die im Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 3. September 2002 angeführte Indikation betrifft (vgl. UV-act. I/23), ist festzuhalten, dass diese ebenfalls durch die Praxis von Dr. med. S. Bloch, Wil, gestellt worden war, welche durch Dr. E. \_\_\_ vertreten wird (vgl. Briefkopf in UV-act. I/62). Ein Bewusstseinsverlust sowie eine Gehirnerschütterung bzw. MTBI können bei dieser Sachlage nicht überwiegend wahrscheinlich als belegt gelten. Was die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vermutete Hirnschädigung betrifft, so ist im Weiteren festzuhalten, dass der GCS-Wert (Glasgow-Coma-Skala) unmittelbar nach dem Unfall bei 15 lag (UV-act. I/21; vgl. dazu Urteil des EVG vom 13. Juni 2005 [U 276/04] Erw. 2.2.2 und 2.2.3). Im Gutachten der Klinik L. \_\_\_ wurde sodann festgehalten, ein drei Monate nach dem Unfall (vom 11. Juni 2002) durchgeführtes MRI des Kopfs habe einen unspezifischen Glioseherd im frontalen Marklager rechts gezeigt (vgl. UV-act. I/23). Die Ursache dieses Befunds bleibe offen. Ein Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. Juni 2002 sei nur schwerlich herzustellen, wenn auch nicht mit letzter Sicherheit auszuschliessen. Es lägen keine unfallbedingten organischen Beschwerden vor (UV-act. I/166 S. 36). Auch diese Schlussfolgerung steht mit den Befunden des Radiologen Dr. I. \_\_\_ vom 14. Januar 2008 (UV-act. I/189 und I/199 Beilage) in Einklang. Ein konkreter Anlass, sie in Frage zu stellen, liegt nicht vor. Ein solcher ergibt sich insbesondere auch nicht aus dem MEDAS-Gutachten vom November 2008. So wurden im neurologischen Teilgutachten vom 4. Juli 2008 strukturelle Veränderungen verneint und die ulnare Sensibilitätsstörung beidseits vorwiegend im Sinn eines Thoracic-outlet Syndroms bei zerviko-spondylogem Syndrom beidseits interpretiert (act. G 12.1). Zu der vom Beschwerdeführer verlangten Anordnung eines MRI nach "Pariser Methode" bzw. zur Bedeutung und Beweiswert desselben nahm Suva-Ärztin Dr. med. K. \_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, im Bericht vom 18. November 2008 Stellung. Sie gelangte zum Schluss, im Prinzip seien die gestützt auf diese Methode erstellten DTI-Bilder auch in der Schweiz erhältlich, da sie auf einem

Standard-MRI akquiriert würden. Der Stellenwert von DTI-Befunden nach traumatischer Hirnverletzung sei nicht bekannt, vor allem sei auch die Spezifität dieser Befunde bislang nicht erwiesen. Deshalb und wegen der Tatsache, dass derartige Befunde im Laufe einer Behandlung veränderbar seien, zeige, dass die Methode nicht geeignet sei, den Beweis einer strukturellen Läsion zu erbringen bzw. Mikroverletzungen zu objektivieren. Selbst wenn die DTI-Befunde nachvollziehbar wären, sei zurzeit unklar, welche Bedeutung sie hätten und ob sie die natürliche Kausalität der geklagten Beschwerden nach HWS- oder Schädelhirn-Traumen zu beweisen vermöchten (act. G 11.1). Die beweismässige Situation ist somit mit derjenigen bei fMRT-Untersuchungen vergleichbar, welche jedenfalls nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen darstellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008 i/S K. [8C\_152/2007 = BGE 134 V 231] Erw. 5; vgl. auch BGE 134 V 109 Erw. 7.2 S. 119).

3.2 Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von organisch-strukturell objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies nach Lage der geschilderten Akten auch konkret der Fall ist - kein fassbarer organisch-struktureller (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn 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 und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch 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 manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 Erw. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

3.3 Im Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzung gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. B. \_\_\_ bzw. dem

Universitätsspital Zürich sowie der Beschwerdegegnerin an, er habe sowohl vor als auch nach dem Unfall an Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in Schulter und Arme sowie an Sensibilitätsstörungen an Schulter, Armen und Händen gelitten. Bereits im Jahr 2000 seien Nackenbeschwerden behandelt worden. Beim Unfall habe ein Kopfanprall mit Stirnprellung (an der Seitenscheibe/Seitenstütze) stattgefunden und nach dem Unfall (1. Konsultation bei Dr. B.\_\_\_\_) sei Schwindel aufgetreten. Es habe ein kurzer Bewusstseinsverlust vorgelegen (s. dazu vorstehende Erw. 3.1). Andererseits erklärte er, vor dem Unfall voll leistungsfähig und bezüglich der HWS beschwerdefrei gewesen zu sein. Nach dem Unfall sei das Tragen eines Halskragens angeordnet worden (UV-act. I/5f, I/11ff, I/15f; zum Beschwerdebild im Nachgang zum Unfall vgl. auch UV-act. I/129 S. 36). Auch neuropsychologische bzw. kognitive Funktionsstörungen sowie psychische Beschwerden können Ausprägungen des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Trauma darstellen. Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffussem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). - Lic. phil. H.\_\_\_\_ bestätigte im Februar 2005 eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung, wobei er das Beschwerdebild nach dem Unfall als mehrschichtig in dem Sinn bezeichnete, als vornehmlich körperliche und am Rande auch neuropsychologische und psychische Beschwerden bestanden hätten (UV-act. I/120 S. 4). Im neuropsychologischen Zusatzgutachten der Klinik L.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2006 wurden in der Folge ebenfalls leichte bis mittelschwere kognitive (neuropsychologische) Störungen bestätigt und festgehalten, es sei vor den Untersuchungsterminen teilweise eine Medikamenteneinnahme gegeben gewesen, so dass eine Beeinflussung der Leistungen gerade im Aufmerksamkeitsbereich durch pharmakologische Effekte nicht ausgeschlossen werden könne. Hinsichtlich der Medikamenteneinnahme sei jedoch von einer gewissen Gewöhnung auszugehen (UV-act. I/166 Beilage S. 10). Bei dieser Aktenlage kann unter Berücksichtigung der im Gutachten der Klinik L.\_\_\_\_ gestellten psychiatrischen Diagnose von eigenständigen, d.h. vom Psychostatus und der Medikamenteneinnahme unabhängigen, kognitiven Einschränkungen nicht ohne weiteres ausgegangen werden (vgl. BGE 119 V 343 Erw. 3c). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind denn auch psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen können die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). Die MEDAS-Gutachter kamen überdies im November 2008 zum Schluss, dass aus neuropsychologischer Sicht - mit Ausnahme von leichten Aufmerksamkeits- und mnestischen Einschränkungen - alters- und bildungsadäquate Leistungen beständen und somit keine Arbeitsunfähigkeit vorliege (act. G 12.1 S. 22). Bei der dargelegten Aktenlage lässt sich ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung nicht in Abrede stellen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch während über fünf Jahren ihre Leistungspflicht. Zu prüfen bleibt, ob die Leistungseinstellung auf den 15. Oktober 2007 begründet war oder nicht.

## E. 4

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2003 i/S Z. [U 258/02], vom 25. Oktober 2002 i/S L. [U 143/02] und vom 31. August 2001 i/S O. [U 285/00]).

4.2 Die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (15. Oktober 2007) bestehenden Gesundheitsstörungen um eine natürliche (Teil-)Folge des Unfalls vom 11. Juni 2002 handelt, wurde im Gutachten der Klinik L. \_\_\_ verneint (UV-act. I/166). Die MEDAS-Gutachter nahmen nicht explizit zur Unfallkausalität des von ihnen diagnostizierten zervikozephalen und zervikobrachialen Schmerzsyndroms Stellung, bejahten jedoch das Bestehen einer Arbeitsfähigkeitseinschränkung im Umfang von 20% seit dem Unfall vom 11. Juni 2002 (act. G 12.1 S. 24). Sowohl hinsichtlich der Beschwerden in der HWS als auch der psychischen Probleme ist von einem Vorzustand (vor dem Unfall vom 11. Juni 2002) auszugehen (vgl. UV-act. I/32, I/46 sowie Aufstellung in UV-act. I/166 S. 2 oben). Auch wenn eine natürliche (teilweise) Unfallkausalität der Beschwerden entgegen dem Gutachten der Klinik L. \_\_\_ zu bejahen wäre, wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt (act. G 1 S. 8), wäre - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die adäquate Unfallkausalität zu verneinen. Dabei steht auch bei einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Im Weiteren ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006 i/S O. [U 5/06] Erw. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S B. [8C\_124/2008], Erw. 7.2), mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007 [UV 2007/24] bestätigt wurde). Vorliegend kann nicht belegt gelten, dass eine selbständige sekundäre psychische Gesundheitsschädigung beim Beschwerdeführer ganz im Vordergrund stand, zumal weiterhin körperliche Symptome bestanden und behandelt wurden. Hieran vermag nichts zu ändern, dass beim Beschwerdeführer wie erwähnt von einem psychiatrischen Vorzustand

auszugehen ist in dem Sinn, dass bereits vor dem Unfall vom 11. Juni 2002 reaktive depressive Krisen bei familiären Problemen sowie unter anderem ein chronischer Schmerzmittelmissbrauch vorlagen (vgl. UV-act. I/32, I/46 sowie UV-act. I/166 S. 2 oben). Sodann wurden im MEDAS-Gutachten psychiatrische Diagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) neben somatischen Diagnosen (mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) aufgeführt (act. G 12.1 S. 23). Damit ist die Adäquanz nach der in BGE 134 V 109 ausgeführten Rechtsprechung zu prüfen. Offen bleiben kann unter diesen Umständen die Prüfung des Einwands des Beschwerdeführers, die im Gutachten der Klinik L.\_\_\_\_ gestellte psychiatrische Diagnose sei nicht nachvollziehbar (act G 1 S. 9). Immerhin ist festzuhalten, dass auch die MEDAS-Gutachter diverse psychiatrische Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) stellten, welche sich im Ergebnis nicht grundsätzlich von der durch die Gutachter Klinik L.\_\_\_\_ bescheinigten Anpassungs- und Somatisierungsstörung unterscheiden.

## **E. 5**

5.1 Der in Frage stehende Unfall vom 11. Juni 2002 kann aufgrund des Geschehensablaufs - das Fahrzeug des Beschwerdeführers wurde von hinten von einem anderen Personenwagen gerammt und in der Folge in das vordere Fahrzeug geschoben (UV-act. I/1, I/129 S. 1) - und der Verletzungen (UV-act. I/9) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) eingestuft werden (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005 [U 338/04] und vom 13. Juni 2005 [276/04] Erw. 2.3). Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 12. April 2005 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung ( $\Delta v$ ) für das Fahrzeug des Beschwerdeführers oberhalb eines Bereiches von 10-15 km/h; durch die dabei wirksamen Beschleunigungskräfte habe sich der Beschwerdeführer relativ zum Fahrzeug gerade nach hinten bewegt. Durch die sekundäre Frontalkollision sei eine Geschwindigkeitsänderung im Sinne einer Längsverzögerung, die unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 20-30 km/h gelegen habe, erfolgt; sie habe eine Vorwärtsbewegung der Insassen zur Folge gehabt. Da zum zeitlichen Abstand der beiden Kollisionen keine Angabe gemacht werden könne, werde die Diskussion auf die Heckkollision beschränkt. Die anschliessend an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung bereits im Normalfall durch den Heckstoss allein - ohne den anschliessenden frontalen Stoss - erklärbar. Es stelle sich zusätzlich die Frage, ob der Kopfanprall beim frontalen Stoss auch mit getragenen Gurt möglich gewesen sei. Dies werde bezweifelt; eine genauere Stellungnahme dazu sei aber nur aufgrund einer technischen Unfallanalyse möglich. Im Weiteren wäre es nicht erstaunlich, wenn das lange Tragen des Halskragens die Heilung negativ beeinflusst hätte (UV-act. I/129). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 21 S. 4) - nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000 i/S S. [U 257/99]) und vom 24. August 2007 i/S K. [U 497/06] Erw. 4.2). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache vermöchten an dieser

Einstufung nichts zu ändern. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind - auch wenn der Airbag Rauch entwickelte und der Beschwerdeführer dadurch in Panik geriet (act. G 21 S. 4; UV-act. I/120 S. 2) - nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Bei der erlittenen HWS-Distorsion handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007 i/S N. [8C\_101/2007] Erw. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007 i/S M. [U 558/06], Erw. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, hat das Bundesgericht in Erw. 10.2.2 von BGE 134 V 109 präzisiert, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedarf. Davon kann konkret nicht ausgegangen werden. Nicht ausgewiesen sind in diesem Kontext erhebliche Verletzungen, welche sich der Beschwerdeführer neben der HWS-Distorsion zuzog. 5.2 Sodann ist wesentlich (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Der Beschwerdeführer stand seit dem Unfall in Behandlung (vgl. UV-act. I/56). Er unterzog sich diversen Therapieverfahren und stand seit Dezember 2002 auch in psychotherapeutischer Behandlung (UV-act. I/25). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete allerdings bereits am 15. Juni 2004, dass er zwar die Dauer der Physiotherapie nicht voraussagen, jedoch weitere, erforderliche therapeutische Massnahmen bezüglich HWS zur Zeit nicht erkennen könne (UV-act. I/86 Beilage). In der Folge wurde weiterhin Physiotherapie durchgeführt (vgl. UV-act. I/89). Der Neuropsychologe H.\_\_\_\_ hielt in der Beurteilung vom 4. Februar 2005 fest, therapeutisch sei eine Unterstützung im neuropsychologischen Bereich dann sinnvoll, wenn der Beschwerdeführer in einer Ausbildung bzw. Berufstätigkeit mit konkreten Schwierigkeiten konfrontiert sei (UV-act. I/120 S. 6). Im Gutachten der Klinik L.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2007 wurde eine weitere psychotherapeutische Behandlung befürwortet, jedoch überwiegend wahrscheinlich unfallkausale organische Beschwerden und damit implizit auch eine entsprechende Behandlungsnotwendigkeit verneint (vgl. UV-act. I/166 S. 42). An einer als sinnvoll erachteten neuropsychologischen und psychotherapeutischen Behandlung zeigte sich der Beschwerdeführer allerdings nicht interessiert (UV-act. I/166 S. 35). In den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2007 und 28. März 2008 standen soweit ersichtlich ausschliesslich berufliche, nicht jedoch medizinische Massnahmen zur Diskussion (UV-act. I/179, I/199). Die MEDAS-Gutachter empfahlen gestützt auf die im Juli 2008 erfolgte Begutachtung physiotherapeutische und psychotherapeutische Massnahmen (act. G 12.1 S. 24). Nach Angaben des Beschwerdeführers ist er aktuell nach wie vor bei Dr. C.\_\_\_\_ in Behandlung (act. G 21 S. 5). In Anbetracht dieser Aktenlage ist festzuhalten, dass nach dem Unfall vom 11. Juni 2002 bis zum Fallabschluss am 15. Oktober 2007 eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung grundsätzlich vorlag. Dies allerdings - allein bezogen auf die Unfallfolgen - nicht in sehr ausgeprägter Form, denn auch in diesem Zusammenhang sind die bereits vor dem streitigen Unfall bestehenden Gesundheits- und Abhängigkeitsprobleme (UV-act. I/166 S. 2 oben) zu berücksichtigen. Ob die von Dr.

C.\_\_\_\_ im Bericht vom 30. Januar 2008 erwähnte Temesta-Abhängigkeit (vgl. UV-act. I/187) eine Unfallursache hat, erscheint sodann vor dem erwähnten Hintergrund nicht überwiegend wahrscheinlich. Sodann sind ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen. Auch liegt - unbestritten (act. G 21 S. 5) - keine Fehlbehandlung durch die ärztliche Anordnung des Tragens eines Halskragens vor. Denn einerseits trug der Beschwerdeführer diesen Kragen nur während einer begrenzten Zeitdauer und andererseits wies keiner der behandelnden oder begutachtenden Ärzte darauf hin, dass die geklagten Schmerzen in Zusammenhang mit dem (zu langen) Tragen des Kragens stünden (vgl. Urteil des EVG vom 8. Februar 2005 [U 314/04] Erw. 2.3). 5.3 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Im Nachgang zum Unfall berichtete der Beschwerdeführer über Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in Schulter und Arm (UV-act. I/13), wobei Dr. D.\_\_\_\_ im Verlauf der Jahre 2003 und 2004 eine deutliche Regredienz der Beschwerden insbesondere im HWS-Bereich bestätigte (UV-act. I/56, I/86 Beilage). Laut Abklärungsbericht der Stiftung G.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2004 hatte der Beschwerdeführer angegeben, in ca. 60% seiner Anwesenheitszeit Kopfschmerzen zu verspüren (UV-act. I/106). Die mehrstündige neuropsychologische Untersuchung bei lic. phil. H.\_\_\_\_ konnte er jedoch - wenn auch mit leicht erhöhten Ermüdungszeichen - mit kurzen Unterbrüchen in einer einzigen Sitzung absolvieren (UV-act. I/120 S. 3). Anlässlich der Begutachtung in der Klinik L.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer "Dauerschmerzen mit wechselnder Intensität" an (UV-act. I/166 S. 17). Er vermochte dennoch grundsätzlich alle Alltagsaktivitäten durchzuführen, wenn auch mit geringer Intensität (UV-act. I/166 S. 27). Die geklagten Beschwerden wurden als nicht geeignet erachtet, die schwankenden Leistungen im Rahmen der verschiedenen Testungen zu erklären (UV-act. I/166 S. 40). Im Bericht vom 28. März 2008 sprach Dr. D.\_\_\_\_ von "zeitweise erheblichen Beschwerden" (UV-act. I/199). Angesichts dieser Darlegungen kann das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten), ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden, zumal auch hier die Auswirkungen der Vorzustände im HWS-Bereich und insbesondere in psychischer Hinsicht mit einzubeziehen sind. Das erwähnte Kriterium kann damit - bei ausschliesslichem Bezug auf die Folgen des streitigen Unfalls - nicht als erfüllt gelten. 5.4 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen.

Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 mit Hinweisen). Im Nachgang zum streitigen Unfall bescheinigte Dr. B. \_\_\_ eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. I/7) und in der Folge die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50% ab 7. Oktober 2002, wobei er auf unfallfremde (vorbestehende) psychische Probleme hinwies (UV-act. I/32). Diesen Arbeitsfähigkeitsgrad bestätigte der Arzt am 6. Juli 2004 (UV-act. II/23), wobei Dr. D. \_\_\_ ab ab 30. November 2004 wieder von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausging (UV-act. I/108 S. 2, I/143, I/173). Anlässlich der Abklärung in der Stiftung G. \_\_\_ hatte sich die vorher bestätigte Teilarbeitsfähigkeit nicht realisieren lassen (UV-act. I/106). Im Gutachten der Klinik L. \_\_\_ wurde daraufhin unter Massgabe eines Arbeitstrainings und einer stufenweisen Wiedereingliederung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Bürohilfe oder Sachbearbeiter als zumutbar erachtet (UV-act. I/166 S. 42). Gemäss Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 28. März 2008 war eine mindestens 50%ige Erwerbstätigkeit in einem geeigneten Rahmen unter allen Umständen anzustreben (UV-act. I/199). Die MEDAS-Gutachter schätzten demgegenüber die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, gelegentlich mittelschwere Tätigkeit in Wechselposition auf 80% der Norm (mit Beginn am 11. Juni 2002), wobei allein die neurologischen Befunde die Grenzen setzen würden (act. G 12.1 S. 24). Bei dieser Sachlage kann von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Ausmass ab Februar 2007 (Begutachtung in der Klinik L. \_\_\_) nicht mehr ohne weiteres ausgegangen werden. Jedenfalls könnte dieses Kriterium nur in geringem Umfang als erfüllt gelten. Die Frage, ob ausreichende Anstrengungen des Beschwerdeführers, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, ausgewiesen sind, kann unter diesen Umständen offenbleiben. Ebenfalls nicht näher geklärt zu werden braucht beim geschilderten Ergebnis der Einwand des Beschwerdeführers betreffend Festlegung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten der Klinik L. \_\_\_ (vgl. act. G 1 S. 8). Zusammenfassend sind zwei der in BGE 134 V 109 angeführten Adäquanzkriterien in geringem Umfang gegeben, was dazu führt, dass die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden mit dem versicherten Unfall zu verneinen ist. 5.5 Ergänzend ist festzuhalten, dass der adäquate Kausalzusammenhang auch bei Anwendung der Psycho-Rechtsprechung (BGE 115 V 133) zu verneinen wäre. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung wäre mit Blick auf den vorstehend geschilderten Sachverhalt (Erw. 5.2) ebenso wie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (vgl. Erw. 5.4) höchstens in geringem Umfang gegeben. Körperliche Dauerschmerzen (vgl. dazu Sachverhalt in Erw. 5.3) wären zu verneinen. Die Leistungseinstellung auf den 15. Oktober 2007 lässt sich somit nicht beanstanden. Eine weitere medizinische Abklärung vermöchte unter den geschilderten Umständen zu keinem anderen Ergebnis zu führen. Ein Beizug der vollständigen Akten der Invalidenversicherung (act. G 1 S. 3) kann insofern unterbleiben, als das MEDAS-Gutachten vom November 2008, welches die Aktenlage und die medizinische Situation umfassend darstellt, für das vorliegende Verfahren zur Verfügung stand.

## **E. 6**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 3. September 2008 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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