

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/4 vom 26. September 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/4 du 26 septembre 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/4 del 26 settembre 2008

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem HWS-Schleudertrauma. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. September 2008, UV 2008/4).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig ist, ob auch für die Zeit nach dem 25. Oktober 2007 Folgen des Unfalls vom 24. Februar 2006 vorliegen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Bestehens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschädigungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) und einem Unfall (Erwägungen 1, 2, 4) grundsätzlich zutreffend dar. Zwischenzeitlich ergab sich nun allerdings eine Rechtsprechungs-Anpassung insofern, als das Bundesgericht unter anderem den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien bei Schleudertrauma-Verletzungen (BGE 117 V 359 Erw. 6a, 369 Erw. 4b) wie folgt neu umschrieb: Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 i/S M. [U 394/06 = BGE 134 V 109], Erwägung 10.3). Diese Präzisierung der Rechtsprechung ist auch für die hier streitige Angelegenheit anwendbar.

1.2 Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, hielt im Bericht vom 9. Mai 2006 fest, beim streitigen Unfall habe es sich um ein cervico-cephales Akzelerations-/Dezelerations-Trauma vom "head non contact"-Typ gehandelt. Als Diagnosen führte der Arzt ein posttraumatisches cervico-encephales Syndrom, eine multimodale sensori-motorische Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems, eine posttraumatische Hyposmie und eine hochgradige Hochtonsenke (C5) beidseits an. Nach heutigem Stand der Kenntnisse könne man von einer milden traumatischen Hirnverletzung auch ohne Bewusstlosigkeit und ohne Amnesie sprechen. Zusätzlich schienen anhand der Symptomatik im Sinn von neuropsychologischen Defiziten, Hyposmie und Zeichen für Persönlichkeitsveränderung auch der Hypothalamus und das limbische emotiv-assoziative System eine Dysfunktion aufzuweisen. Ergänzend sollte unbedingt das diagnostisch-therapeutische Verfahren nach Nikolai Bogduk durchgeführt werden. Zusätzlich sollte auch eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt werden. Zur

Zeit habe der Patient zu viele Medikamente, und diese Polypragmasie könne im Verlauf zu unerwünschten negativen Effekten führen (UV-act. 12). Am 11. Mai 2006 gab der Beschwerdeführer zu Protokoll, er nehme schmerzbedingt täglich Dafalgan, Tillur retard und Ergohydrant (UV-act. 14). Am 12. Mai 2006 berichteten die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen, Neurologie, unter anderem, klinisch neurologisch hätten sich keine eindeutigen Ausfälle gezeigt. Aufgrund des protrahierten Heilungsverlaufs mit Verdacht auf Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung werde eine schmerzdistanzierende Therapie empfohlen (UV-act. 23). Im Kurzbericht vom 13. September 2006 diagnostizierte die Rehaklinik Bellikon im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers ein cervicocephales Schmerzsyndrom sowie eine Tinea pedis beidseits (anbehandelt). Es bestünden anhaltende therapieresistente Nackenschmerzen, im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik ein affektiver Hyperarousal und eine gewisse ängstliche und depressive Auslenkung bei multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren sowie ein maladaptiver Umgang mit Beschwerden im Sinn einer Symptomausweitung. Infolge Selbstlimitierung und ungenügender Kooperation im Behandlungsprogramm hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht kaum erklären. Es liege keine psychische Störung mit Krankheitswert vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung bewirken könnte. Zur Erleichterung des Wiedereinstiegs nach länger dauernder Arbeitsunfähigkeit betrage letztere ab 14. September 2006 50%, ab 1. Oktober 2006 25% und ab 1. November 2006 0% als Reinigungsmitarbeiter oder in einer anderen mittelschweren Arbeit (UV-act. 40). Diese Ergebnisse wurden im Austrittsbericht vom 4. Oktober 2006 bestätigt. Zusätzlich wurde festgehalten, aufgrund des neurologischen Konsiliums könne nicht vom Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung ausgegangen werden. Aktuell bestünden keine wesentlichen objektivierbaren Folgen des Unfalls mehr. Für die Beschwerden des Patienten finde sich kein klinisches Korrelat. Man habe den Eindruck gewonnen, dass sein Verhalten neben gewissen Hinweisen auf Hilf- und Hoffnungslosigkeit durchaus bewusstseinsnahe Anteile habe. Von der Verschreibung von Medikamenten mit einem Gewöhnungspotential sollte abgesehen werden (UV-act. 51). Eine biomechanische Kurzbeurteilung vom 16. November 2006 ergab unter anderem, dass das Fahrzeug des Beschwerdeführers durch den Heckaufprall eine Geschwindigkeitsänderung (Δv) in Vorwärtsrichtung erfahren habe, die unterhalb oder innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h gelegen haben dürfte. Der Beschwerdeführer habe sich relativ zu seinem Fahrzeug nach hinten bewegt. Die technische Triage ergebe keine Anhaltspunkte dafür, dass die resultierende Insassenbewegung zu einem Kopfanprall (zum Beispiel des Jochbeins) an harten Innenstrukturen geführt habe. An biomechanischen Besonderheiten seien die festgestellten degenerativen Veränderungen zu berücksichtigen; es liege hier somit eine Abweichung vom Normalfall vor. Aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen sei schwierig zu entscheiden, ob anschliessend an das Ereignis von der HWS ausgehende Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall erklärbar seien; durch die vorbestehenden Veränderungen an der HWS seien sie eher erklärbar. Eine technische Unfallanalyse und Informationen zu weiteren medizinischen Gegebenheiten könnten die Beurteilungslage verbessern. (UV-act. 68). Am 15. Dezember 2006 berichtete Dr. med. H.____, die "depressive Grundlage" beim Patienten sei bekannt. Es habe (1997) eine Behandlung bei

Dr. med. C. ___ stattgefunden (UV-act. 70). Der Beschwerdeführer erteilte seine Zustimmung zur Einforderung eines entsprechenden Berichts bei Dr. C. ___ aber nicht (UV-act. 91). Eine MRI-Abklärung der HWS im Radiologischen Institut Weinfelden vom 31. Januar 2007 ergab eine Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit breitbasigen medianen Bandscheibenprotrusionen, mit einer leichten foraminalen Enge C5/6 rechts ohne Nachweis einer sicheren Nervenwurzelkompression sowie einer subkritischen spinalen Enge C6/7 (UV-act. 92). Dr. med. D. ___, HNO-Klinik am Kantonsspital St. Gallen, berichtete am 27. März 2007, die Vestibulärabklärung habe keine Hinweise auf das Vorliegen einer peripher-vestibulären Störung ergeben. Alle Untersuchungen seien ohne pathologischen Befund gewesen. Zum heutigen Zeitpunkt sei die Arbeitsfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf als Gebäudereiniger gegeben. Auch wenn sich kein pathologischer Befund nachweisen lasse, sollte bei subjektiven Schwindelbeschwerden die Arbeit auf Gerüsten und Leitern vermieden werden (UV-act. 105). Im Bericht vom 16. Mai 2007 kam Kreisärztin Dr. med. E. ___, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, zum Schluss, in allen neuen und alten Untersuchungen fehle sowohl radiologisch als auch von spezialärztlicher Seite ein Substrat für die angegebenen Beschwerden. Bei den subjektiven Schwindelbeschwerden sei die Arbeit auf Gerüsten und Leitern zu vermeiden. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in diesem Rahmen vollschichtig arbeitsfähig (UV-act. 109). Dr. med. F. ___, Fachärztin für Neurologie FMH, führte am 10. August 2007 aus, beim Beschwerdeführer lägen ein zervikales Schmerzsyndrom bei leichten degenerativen HWS-Veränderungen, Kopfschmerzen bei Medikamentenabusus (DD: Spannungstyp-Kopfschmerzen) und ein Verdacht auf Hypertonie sowie Nikotinabusus vor. Aufgrund des zeitlichen Verlaufs der dokumentierten Beschwerden wie auch aufgrund der aktuell geschilderten Kopfschmerzsymptomatik ergebe sich kein ersichtlicher Zusammenhang mit dem HWS-Distorsionstrauma vom 24. Februar 2006; insbesondere fänden sich keine Argumente für posttraumatische Kopfschmerzen. Der Arzneimittelabusus sei sowohl für die Schmerzinduktion als auch für deren Persistenz verantwortlich. Die nicht systematischen, rein subjektiven Schwindelsensationen seien funktionell, zumal keine Zeichen für periphere oder zentralvestibuläre Störungen vorhanden seien. Die Nackenschmerzen hätten nicht im Vordergrund der aktuellen Untersuchung gestanden; es hätten sich auch klinisch weder eine manifeste Bewegungseinschränkung noch ein eventueller paravertebraler muskulärer Hartspann gezeigt. Aus neurologischer Sicht fänden sich keine Hinweise für organische Folgen der HWS-Distorsion (UV-act. 123). Dr. med. G. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 14. September 2007 fest, es sei vom Vorliegen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer gegenwärtig mindestens zu 70% arbeitsfähig. Die ca. 30%ige Arbeitsunfähigkeit sei auf leichte Störungen der mnestischen Funktionen, leicht verlangsamtes Denken sowie leichte Antriebsstörungen zurückzuführen (UV-act. 130). Die ärztliche Abschlussuntersuchung durch Kreisärztin Dr. E. ___ ergab gemäss Bericht vom 17. September 2007 eine Bestätigung des früheren Berichts vom 14. Mai 2007 (UV-act. 131). Im ABI-Gutachten vom 28. April 2008 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode sowie ein cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 25. Februar 2006 (richtig 24. Februar 2006) angeführt. Aus polydisziplinärer Sicht bescheinigten die Gutachter eine volle Arbeitsunfähigkeit für Arbeiten mit der Notwendigkeit wiederholter Überkopfarbeiten oder der Einnahme lang dauernder Zwangshaltungen. Sämtliche anderen Tätigkeiten, einschliesslich die zuletzt

ausgeübte Tätigkeit in der Gebäudereinigung, seien dem Beschwerdeführer ganztägig mit einer (psychisch bedingten) Leistungseinbusse von 20 % zumutbar, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers. Die Hauptursache für diese Diskrepanz sei durch die Selbstlimitierung und die regressive Verhaltensweise des Beschwerdeführers zu erklären. Ferner seien bei der Anamneseerhebung und der Untersuchung deutliche Inkonsistenzen (im Gutachten beschrieben) aufgefallen (ABI-Gutachten S. 16f).

E. 2

2.1 Aufgrund der geschilderten medizinischen Akten kann ein durch den streitigen Unfall bedingter, organischer Gesundheitsschaden an der HWS nicht als nachgewiesen gelten (vgl. UV-act. 23, 40, 51, 92, 109, 123; ABI-Gutachten). Wenn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vorbringt, für die Begutachtung von HWS-Distorsionen seien Chirurgen und Orthopäden nicht geeignet, weshalb auf die Berichte von Suva-Ärztin Dr. E.____ nicht abgestellt werden könne (act. G 1 S. 11f), so ist entgegenzuhalten, dass die orthopädische Chirurgin Dr. E.____ sich sehr wohl aus der Sicht ihres Fachgebietes zum streitigen Gesundheitsschaden äussern und im weiteren - in ihrer Funktion als Kreisärztin - zu den bereits vorliegenden spezialärztlichen Berichten Stellung nehmen konnte (UV-act. 109). Hinsichtlich des Einwands des Beschwerdeführers, sein Beweisantrag betreffend Durchführung eines fMRI (functional magnetic resonance imaging; deutsch: funktionelle Magnetresonanztomographie [fMRT]) sei nicht abgenommen worden, womit das rechtliche Gehör verletzt worden sei (act. G 1 S. 14), ist festzustellen, dass fMRT-Untersuchungen 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). Der Beschwerdegegnerin kann daher aus dem Umstand, dass sie keine fMRT veranlasste, kein Vorwurf gemacht werden. Der Beschwerdeführer lässt sodann vorbringen, Dr. F.____ habe den Fehler begangen, seine Beschwerden einzeln zu beurteilen, obschon das typische Beschwerdebild gesamthaft zu beurteilen sei (act. 1 S. 14). Dazu ist festzuhalten, dass eine gesamthaft Würdigung eines Beschwerdebilds naturgemäss eine vorangehende Betrachtung der einzelnen Beschwerden und ihrer Entwicklung im Zeitverlauf voraussetzt. Dr. F.____ nahm diese Betrachtung und die anschliessende Würdigung in überzeugender Weise vor und lieferte für ihre Schlussfolgerungen gut nachvollziehbare Begründungen.

2.2 In dem von Dr. med. I.____, Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen am 24. Februar 2006 ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach cranio-cervicalem Beschleunigungstrauma wurde eine Bewusstlosigkeit oder eine andere Bewusstseinsstörung im Nachgang zum streitigen Unfall verneint. Es habe ein Kopfanprall an der Kopfstütze stattgefunden. Eine Stunde nach dem Unfall seien Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit aufgetreten. Andere Symptome - auch Kopfschmerzen - wurden verneint (UV-act. 2). In dem am 11. Mai 2006 ausgefüllten Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen gab der Beschwerdeführer demgegenüber an, es habe (glaublich an der B-Säule) ein Kopfanprall (Jochbein) sowie ein Anprall der Handgelenke stattgefunden. Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit seien innert Stunden nach dem Unfall aufgetreten. Er fahre heute wieder Auto. Kopfschmerzen wurden auch hier nicht aufgeführt (UV-act. 13). Wenn unmittelbar nach dem Unfall ein Anschlagen des Kopfes an der (weichen) Kopfstütze (UV-act. 2) vermerkt, später jedoch vom Beschwerdeführer ein

Kopfanprall an der (harten) B-Säule geltend gemacht wird (UV-act. 13, act. G 1 S. 3), so kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der späteren Darstellung ausgegangen werden. Dies umso weniger, als Dr. B.____ im Bericht vom 9. Mai 2006 - und damit noch vor der Darstellung des Beschwerdeführers vom 11. Mai 2006 (UV-act. 13) - von einem Trauma vom "head non contact"-Typ ausgegangen war (UV-act. 12 S. 1). Bei der geschilderten Aktenlage lässt sich dennoch, auch wenn die Angaben nicht durchwegs miteinander in Einklang stehen, ein für Schleudertrauma-Verletzungen typisches Beschwerdebild nicht in Abrede stellen, zumal der Zeitraum von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall ausschliesslich für die Nacken- und Halswirbelsäulenbeschwerden gilt und nicht auch für jene, die typischerweise im Rahmen eines Schleudertraumas auftreten können (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], Erw. 5.3). 2.3 Zu den von Dr. B.____ festgestellten Befunden ist festzuhalten, dass es sich nach der Rechtsprechung bei der Posturographie um eine in Fachkreisen zwar nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode handelt, deren Wissenschaftlichkeit nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzliche Informationen, und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen. Daraus folgt, dass sich aus der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch Dr. B.____ direkt verwertbare Aussagen zur Unfallkausalität nicht ableiten lassen (vgl. Urteil des EVG vom 29. März 2006 i/S J. [U 254/04] Erw. 2.3.2). Dies umso weniger, als die von ihm zugrunde gelegte Annahme einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI) nicht als belegt gelten kann. Prof. Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, begründete letzteres im neurologischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon ausführlich und überzeugend (UV-act. 49; vgl. auch ABI-Gutachten vom 28. April 2008 S. 15 oben). In der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 16. November 2006 wurde sodann festgehalten, es erstaune schon sehr, wie Dr. B.____ ohne Kenntnisse des Kollisionshergangs auf eine derart dramatische Diagnoseausweitung (Diagnostizierung einer Hirnverletzung) kommen könne. Aufgrund der biomechanischen Triage sei die Entstehungsmöglichkeit einer "milden traumatischen Hirnverletzung" bei Fehlen eines relevanten Kopfanpralles an harte Strukturen (d.h. Kopfstütze ausgenommen) bei der hier geringen Körperbelastung aus biomechanischer Sicht nicht erklärbar. Ähnliche Beschwerden könnten auch durch Beeinträchtigungen des oberen HWS-Bereichs, Schmerzen und Medikamenteneinfluss ganz allgemein entstehen. Hier bestünde, bei ungünstigem Verlauf, noch zusätzlicher Abklärungsbedarf von neurologischer Seite (UV-act. 68). Aus neurologischer Sicht verneinte Dr. F.____ in der Folge Hinweise für organische Folgen der HWS-Distorsion (UV-act. 123; vgl. dazu auch ABI-Gutachten S. 17). Ihre Aufgabe war es, organisch-neurologische Unfallfolgen abzuklären. Die von ihr erwähnten Zusatzuntersuchungen beinhalteten dementsprechend ausschliesslich neurologische Untersuchungen (UV-act. 123 S. 4-6 und beigelegter EEG-Bericht). Aufgrund des Berichts von Dr. F.____ war klar, welche Zusatzuntersuchungen durchgeführt worden waren und welches Ergebnis sie erbrachten. Für die Vermutung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, dass es sich bei den erwähnten Zusatzuntersuchungen auch um solche betreffend die Schwindelsensationen gehandelt habe

(act. G 1 S. 14), finden sich im Bericht von Dr. F.____ keine Anhaltspunkte. Solche Abklärungen wären auch nicht in den fachlichen Zuständigkeitsbereich von Dr. F.____ gefallen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (act. G 1 S. 14) ist in diesem Zusammenhang damit nicht ersichtlich. Soweit sich die Ärztin zur Schwindelproblematik äusserte, betraf dies grundsätzlich nicht ihr Fachgebiet. Dies vermag allerdings den Beweiswert ihres Berichts für sich allein nicht zu mindern. Dabei ist zu beachten, dass Dr. D.____ zuvor das Vorliegen einer peripher-vestibulären Störung ausdrücklich verneint hatte (UV-act. 105). Aus diesem Bericht ergibt sich somit das Fehlen einer organischen Ursache der Schwindelbeschwerden. Für seine Behauptung, die HNO-Klinik am Kantonsspital St. Gallen verfüge nicht über die notwendigen apparativen und personellen Ressourcen für eine fundierte Abklärung (act. G 1 S. 15), lieferte der Beschwerdeführer keine Begründung; eine solche ist auch aus den Akten nicht ersichtlich. Es besteht kein Anlass, den Bericht von Dr. D.____ anzuzweifeln. Die Schwindelanfälle bzw. die von Dr. B.____ festgestellte Symptomatik lassen sich unter den dargelegten Umständen und unter Beachtung des von Dr. F.____ in UV-act. 123 vermerkten und auch aus weiteren Aktenstücken ersichtlichen Schmerz- und Schlafmittelkonsums (UV-act. 12 S. 8 [Bericht Dr. B.____] sowie UV-act. 14, 51 S. 1, 70 S. 3) nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 24. Februar 2006 zurückführen; ebenso wahrscheinlich ist eine vollständig unfallfremde Ursache. 2.4 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 diffusem 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). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475). - Während die Rehaklinik Bellikon im Oktober 2006 das Vorliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinte (UV-act. 40, 51), bestätigte Dr. G.____ rund ein Jahr später eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (UV-act. 130). Dr. G.____ bescheinigte eine ca. 30%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei er diese im Wesentlichen mit Hinweis auf kognitive Auswirkungen (leichte Störung der mnestischen Funktionen, leicht verlangsamtes Denken) begründete. Somit ist davon auszugehen, dass kognitive Funktionen beim Beschwerdeführer durch einen psychischen Befund mit beeinflusst wurden. Damit können (eigenständige) neuropsychologische Unfall-Restfolgen nicht als nachgewiesen gelten. Nachdem ein Kopfanprall an harten Strukturen (Kopfstützen stellen keine solchen dar) wie dargelegt überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen ist, können auch neuropsychologische Störungen, welche auf einem (hirn-)organischen Schaden beruhen, überwiegend wahrscheinlich verneint werden (vgl. dazu Ruben Echemendia, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 78, S. 82ff). Neuropsychologische Einschränkungen können hingegen Teil des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Verletzung bilden. Ob dies konkret tatsächlich der Fall ist, kann offenbleiben, nachdem das typische Beschwerdebild

unabhängig davon wie dargelegt zu bejahen ist.

E. 3

3.1 Zu prüfen bleibt damit die Adäquanz-Frage. Dabei ist von Bedeutung, dass sich beim Beschwerdeführer nach Lage der medizinischen Akten nicht nur organisch, sondern auch klinisch keine eindeutigen Ausfälle an der HWS nachweisen liessen (vgl. UV-act. 23, 40, 51, 92, 109, 123). Damit wären bei der Adäquanz-Prüfung an sich die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend. Eine abschliessende Beantwortung dieser Frage kann jedoch unterbleiben, nachdem die Adäquanz auch bei Anwendung der Kriterien nach BGE 134 V 109 zu verneinen ist. Aus demselben Grund kann auch die Frage, ob - wie die Beschwerdegegnerin geltend macht (act. G 6) - ausschliesslich psychische Beschwerden vorliegen, offenbleiben.

3.2 Beim Ereignis vom 24. Februar 2006 ist von einem mittelschweren Unfall auszugehen. Ein leichtes Ereignis, wie es die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid mit Hinweis auf die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung als gegeben erachtet, lässt sich angesichts der Unfallumstände nicht zureichend begründen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007 i/S G. [U 479/05] Erw. 7). Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände (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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] 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]) können nicht als belegt gelten. Bei der erlittenen HWS-Distorsion als solche handelt es sich nicht um eine Verletzung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]), zumal nach der biomechanischen Beurteilung die anschliessend an das Ereignis beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden und Befunde lediglich unter Berücksichtigung der vorbestehenden Veränderungen an der HWS als "eher erklärbar" erachtet wurden (UV-act. 68). Ein Kopfanprall an harten Strukturen hat, wie dargelegt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht stattgefunden. Die Rehaklinik Bellikon vermerkte im Austrittsbericht vom 4. Oktober 2006, von weiteren therapeutischen Massnahmen sei derzeit keine Zustandsverbesserung zu erwarten. Dem Patienten wurde ein Heimprogramm instruiert (UV-act. 51). Die Behandlung bei Hausarzt Dr. H.____ bestand im Wesentlichen in der Verschreibung von Schmerzmitteln und Psychopharmaka (UV-act. 70). Dr. D.____ verneinte im Bericht vom 27. März 2007 weitere Therapiemöglichkeiten (UV-act. 105). Dr. F.____ hielt am 10. August 2007 fest, die wirkungsvollste Prophylaxe von medikamenteninduziertem Kopfschmerz sei die totale oder zumindest weitgehende Arzneimittelabstinenz (UV-act. 123). Die ABI-Gutachter vermerkten am 28. April 2008 hinsichtlich medizinischer Massnahmen unter anderem, aus psychiatrischer Sicht könnte der Beschwerdeführer von der Gabe eines sedierenden und antidepressiv wirkenden Medikamentes profitieren. Aus neurologischer Sicht sollte einerseits der kopfschmerzbedingte Analgetikaabusus sistiert werden und andererseits eine allgemeine Aktivierung, idealerweise im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung, erfolgen (ABI-Gutachten S. 17). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für solange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Vorliegend bestätigten mehrere Ärzte in der Zeit vor dem streitigen Einstellungszeitpunkt (25. Oktober 2007), dass weitere Therapien nicht erfolgversprechend

seien. Auch die ABI-Gutachter befürworteten einzig die Verabreichung eines antidepressiv und sedierend wirkenden Medikaments. Der Standpunkt des Beschwerdeführers, die von Dr. F.____ empfohlene Absetzung von Medikamenten als solche stelle ebenfalls eine ärztliche Behandlung dar (act. G 1 S. 12f), lässt sich insofern nicht begründen, als Dr. F.____ hinsichtlich des von ihr diagnostizierten medikamenteninduzierten Kopfschmerzes einen Zusammenhang mit dem streitigen HWS-Distorsionstrauma aufgrund des zeitlichen Verlaufs der Beschwerden verneinte (UV-act. 123 S. 7 und 8). Unter diesen Umständen kann auch die Absetzung von Medikamenten nicht unfallbedingt sein. Als Folge davon konnte die Beschwerdegegnerin auch keine Verfahrensgrundsätze (rechtliches Gehör) verletzen, wenn sie eine entsprechende Medikamentenabsetzung nicht veranlasste (vgl. act. G 1 S. 13). Der Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe die Medikamentenabgabe im Rahmen der Heilbehandlung als Sachleistung erbracht und somit allfällige medikamenteninduzierte Kopfschmerzen selbst veranlasst (act. G 9 S. 5), vermag insofern keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach Art. 6 Abs. 3 UVG (Schädigungen bei der Heilbehandlung) zu begründen, als sich die Schädigung (Kopfschmerz) nach Lage der Akten bereits durch die Absetzung der Medikamente, und nicht durch weitere Therapien oder Leistungen, beheben oder vermindern liesse. Eine Behandlungsnotwendigkeit lässt sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 13) auch aus dem Bericht von Dr. G.____ (UV-act. 130) nicht ableiten. Nachdem sich daraus keine Therapienotwendigkeit ergibt, konnte die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auch den Grundsatz der freien Beweiswürdigung nicht verletzen (vgl. act. G 1 S. 13). Insgesamt ist somit im Einstellungszeitpunkt jedenfalls keine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung mehr nachgewiesen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht eine solche zwar geltend, ohne aber entsprechende Belege einzureichen oder den Namen des behandelnden Arztes zu nennen (act. G 9, S. 9). Bei der behaupteten psychotherapeutischen Behandlung dürfte es sich, soweit sie nachgewiesen wäre, überwiegend wahrscheinlich um sporadische ambulante Arztkonsultationen handeln, welchen nicht ein eigentlich belastender Charakter beigemessen werden kann. Das Bundesgericht erachtete das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (BGE U 394/06 vom 19. Februar 2008, Erw. 10.2.3) in einem Fall nicht erfüllt, in welchem nach der ambulanten Erstbehandlung zwei Tage nach dem Unfall die Versicherte durch den Hausarzt medikamentös und in der Folge mit ambulanter und stationärer Physiotherapie behandelt wurde, die keine namhafte Besserung brachte. Das Gericht kam zum Schluss, auch wenn später erneut physiotherapeutische Massnahmen angeordnet worden seien, handle es sich nicht um eine fortgesetzt spezifische, die Versicherte belastende ärztliche Behandlung (BGE 17. April 2008 i/S H.B. [8C_181/2007]). Sodann lassen sich konkret für das Vorliegen eines schwierigen Heilverlaufs und von erheblichen Komplikationen den Akten keine Anhaltspunkte entnehmen. Auch von einer ärztlichen Fehlbehandlung kann nicht ausgegangen werden. Der Hausarzt Dr. H.____ und dessen Praxisnachfolger Dr. med. L.____, Allgemeinarzt und FMH Chirurgie, bescheinigten seit dem Unfall durchwegs eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 6, 48, 70, 82, 134). Demgegenüber erachteten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 4. Oktober 2006 den Beschwerdeführer als Reinigungsmitarbeiter oder in einer anderen mittelschweren Arbeit ab 1. November 2006 als voll arbeitsfähig und begründeten dies mit Hinweis auf die Befunde aus mehreren medizinischen Gebieten (UV-act. 51). Die von der Rehaklinik Bellikon erhobenen Befunde wurden in der Folgezeit im Ergebnis bestätigt (UV-act. 105, 109, 123). Der Psychiater Dr.

G.____ bescheinigte eine ca. 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bzw. mit Hinweis auf kognitive Einschränkungen (UV-act. 130). Dr. G.____ hatte soweit ersichtlich nie volle Akteneinsicht (vgl. UV-act. 141 Ziffer 3), wodurch die Aussagekraft seiner Einschätzung eingeschränkt wird. Die ABI-Gutachter bestätigten eine Leistungseinbusse von 20 % aus psychiatrischer Sicht, bezogen auf eine körperlich adaptierte, ganztägige Erwerbstätigkeit (ABI-Gutachten S. 16). Auch wenn von der Einschätzung von Dr. G.____ ausgegangen würde, könnte eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen im Einstellungszeitpunkt nicht bejaht werden. Dass sich der Beschwerdeführer - abgesehen von Arbeitsversuchen im Nachgang zum Unfall (UV-act. 6, 42, 44) - um eine Wiedereingliederung ins Berufsleben bemühte, kann den Akten nicht entnommen werden. Vielmehr liess er ausführen, er fühle sich nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen; aus der Sicht der Arbeitslosenversicherung sei er damit nicht vermittlungsfähig (act. G S. 3). Selbst wenn somit erhebliche Beschwerden zu bejahen wären, liesse sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der HWS-Beschwerden für die Zeit ab 25. Oktober 2007 verneinte.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 3. Dezember 2007 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Zuzufolge der am 15. Januar 2008 bewilligten unentgeltlichen Rechtsbeistandung hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Anspruch auf Entschädigung durch den Staat. Es rechtfertigt sich, die Entschädigung auf der Basis der vom Rechtsvertreter eingereichten Kostennote vom 22. April 2008, einschliesslich Ergänzung vom 25. September 2008, welcher ein bereits um 20% gekürzter Stundenansatz von Fr. 200.-- (anstelle von Fr. 250.--) zugrunde liegt (vgl. Art. 31 Abs. 3 AnwG [sGS 963.70]), mit Fr. 4'458.25 (Fr. 4'055.40 + Fr. 402.85; einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 2 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). 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 hat den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 4'458.25 zu entschädigen.

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