

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/71 vom 2. August 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_71

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/71 du 2 août 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/71 del 2 agosto 2010

Regeste

Art. 6, 10 und 16 UVG: Leistungseinstellung 15 Monate nach seitlicher Frontalkollision zu Recht erfolgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. August 2010, UV 2008/71).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfallereignisses vom 19. November 2006 ausgerichtet wurden, auf den 21. Februar 2008 eingestellt werden durften oder nicht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen 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 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss der Unfallversicherer jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; 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]).

1.2 Gemäss ständiger Rechtsprechung des EVG kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133, 117 V 359 und 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener struktureller Veränderungen (ein 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 indessen, 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 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. 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). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004 i/S O.G. [U 243/03]; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369). 2. In Bezug auf die konkreten medizinischen Aspekte ist vorweg festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer bei der linksseitigen Frontalkollision am 19. November 2006 eine Rissquetschwunde an der Stirn sowie eine Thorax- und eine Sacrumkontusion zugezogen hat (UV-act. 2). Im Zeugnis vom 3. Januar 2007 wurden vom Hausarzt zusätzlich Nacken- und Schulterschmerzen aufgeführt (UV-act. 5). Unter Kopfschmerzattacken litt der Beschwerdeführer zwischen Februar und Sommer 2007 (UV-act. 10, 17 und 51). Ab Mai 2007 klagte er auch über Durchschlafstörungen wegen Verspannungen im Nacken (UV-act. 22). Die Nacken- und Schulterbeschwerden sowie die dadurch verursachten Durchschlafstörungen hielten über den Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon im Sommer 2007 hinaus an (UV-act. 43 und 51) und wurden auch bei der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 20. Februar 2008 noch beklagt (UV-act. 68). Klinisch stellte Dr. D.____ Druckdolenzen und Bewegungseinschränkungen im Nacken- und Brustbereich fest. Die Sensibilitätsstörungen mit Irritationen der Ulnarisnerven, die im November 2007 auftraten, wurden von Dr. J.____ mit nachvollziehbarer Begründung als unfallfremd beurteilt (UV-act. 65).

E. 3

3.1 Den medizinischen Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die vom Beschwerdeführer über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (21. Februar 2008) hinaus geklagten Beschwerden mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn

nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen erklärbar wären. Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare 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 objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsergebnisse müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 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. [U 13/07], E. 3.2 und 3.3).

3.2 Mit den am 9. Januar, 13. März sowie 20. November 2007 durchgeführten kernspintomographischen Untersuchungen der HWS bzw. des Schädels konnten keine unfallkausalen strukturellen Veränderungen nachgewiesen werden (UV-act. 7, 16 und 61). Auch die Röntgenaufnahmen am Spital Wil und an der Rehaklinik Bellikon zeigten keine posttraumatischen Veränderungen (UV-act. 2 und 51 S. 6). - Dr. L.____ zog differentialdiagnostisch spongiöse Mikrofrakturen als Erklärung für die ödemartige Signalstörung des bodenplattennahen Halswirbel-Körpers 5 im ventralen rechtsseitigen Aspekt, minim auch des Halswirbel-Körpers 6, in Erwägung (UV-act. 7). Als Differentialdiagnosen bezeichnet man Erkrankungen mit ähnlicher bzw. nahezu identischer Symptomatik, die vom Arzt neben der eigentlichen Verdachtsdiagnose ebenfalls als mögliche Ursachen der Patientenbeschwerden in Betracht gezogen werden (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/Differentialdiagnose>, Abfrage vom 27. Juli 2010). Dr. med. K.____, Fachärztin FMH für Radiologie, erwähnte am 20. November 2007 keine Differentialdiagnosen. Vielmehr beschrieb sie unauffällige Signalintensitäten (UV-act. 61). Dr. E.____ legte in seiner Beurteilung vom 27. Mai 2008 überzeugend dar, dass die Signalstörungen der Wirbelkörper C5 und C6 nicht als spongiöse Mikrofrakturen zu interpretieren seien, sondern in erster Linie als Ödembildung. Er konnte keine Knochenquetschung im Bereich der Halswirbelsäule und noch viel weniger Mikrofrakturen bestätigen und verneinte traumatisch bedingte strukturelle Läsionen (UV-act. 86). Es trifft zwar zu, dass Dr. C.____ nach der Abklärung durch Dr. L.____ spongiöse Mikrofrakturen in der Halswirbelsäule in seinen Zeugnissen ebenfalls als Diagnose aufführte (so UV-act. 8 und 82). Diese Darstellungen des Hausarztes vermögen jedoch - insbesondere auch angesichts der weiteren angeführten medizinischen Beurteilungen - die lediglich als Möglichkeit in Erwägung gezogene Differentialdiagnose des Radiologen nicht zu sichern.

3.3 Dr. K.____ beschrieb am 20. November 2007 neben diskreten medianen Pro-trusionen in den Segmenten C3/C4 bis C5/C6 eine Ruptur des Anulus fibrosus C3/C4 (UV-act. 61). Ein solcher Riss stellt grundsätzlich eine bildgebend objektivierbare Schädigung dar. Beim Beschwerdeführer ist aber nicht sicher, dass er durch den Unfall entstanden ist: Dr. L.____ hatte bei der vertebro-spinalen Kernspintomographie (C0-Th7) vom 9. Januar 2007 diesen

Bereich ebenfalls untersucht, jedoch keinen entsprechenden Befund erhoben (UV-act. 7). Als erfahrener Radiologe, der er bekanntermassen ist, hätte er diesen Riss erkennen und dokumentieren müssen, wäre er rund zwei Monate nach dem Unfall vorhanden gewesen. Trotz detailliertem Beschrieb der Halswirbelsäule erwähnte im Übrigen auch Dr. I. ___ im Bericht vom 30. Oktober 2009 keinen Riss des Anulus fibrosus, was überhaupt gegen das Vorliegen einer solchen Schädigung spricht (act. G 25.7). 3.4 Mit Eingabe vom 29. April 2009 liess der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. I. ___ vom 29. August 2008 über das Upright-MRI vom 18. und 21. August 2008 am FMRI Zentrum Zürich einreichen, in welchem eine Strukturveränderung des linken Ligamentum alare, eine eingeschränkte Kopffrotation nach rechts, Zeichen einer leicht verminderten Stabilität im Segment C1/C2, geringe Diskusdegenerationen und Hypomobilität im Bereich der Segmente C3 bis C5 sowie eine moderate Diskusdegeneration C5/C6 beschrieben wurden (act. G 25.7). Im begleitenden Bericht vom 22. April 2009 beurteilte Dr. H. ___ diese Befunde ohne Begründung als Unfallfolgen (act. G 25.1). - In Bestätigung und Fortführung seiner Rechtsprechung zum Beweiswert von funktionalen Magnetresonanztomographien (BGE 134 V 231) hielt das Bundesgericht im Urteil 8C_238/2009 vom 3. November 2009 i/S W., E. 3.2, fest, bei Upright-MRI-Untersuchungen handle es sich nicht um eine wissenschaftlich von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannte Untersuchungsart. Diese Untersuchungsmethode sei nicht geeignet, die Unfallkausalität der erhobenen Befunde zu beweisen (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2009 i/S J. [8C_357/2009], E. 3.2, und vom 12. Juni 2009 i/S H. [8C_25/2009], E. 3.2). Aus den vorliegenden Unterlagen - einschliesslich der Beurteilung von Dr. E. ___ vom 13. Juli 2009 und der Stellungnahme von Dr. I. ___ vom 30. Oktober 2009 (act. G 34.1 und G 40.14, je mit Beilagen) - ergeben sich im konkreten Fall keine Hinweise, aufgrund derer anders zu entscheiden wäre und entgegen den Ausführungen in der vorstehenden Erwägung 3.1 von einem organischen Befund im Sinn einer nachweisbaren strukturellen Schädigung auszugehen wäre, die auf den Unfall vom 19. November 2006 zurückgeführt werden könnte.

E. 4

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). 4.2 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden 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 Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

E. 5

5.1 Die erstbehandelnden Ärzte am Spital Wil diagnostizierten kein Schleudertrauma und keine schleudertraumaähnliche Verletzung (UV-act. 2). Der Beschwerdeführer klagte ihnen gegenüber weder über Beschwerden in der Halsregion oder an der Halswirbelsäule noch über Kopfschmerzen. Bei der Befragung durch die Polizei am 22. November 2006 gab er die Rippenprellungen an der linken Seite, Schmerzen am linken Knie sowie die Verletzung an der Stirn an (UV-act. 4, Antwort auf Frage 16). Erst im Zwischenbericht vom 3. Januar 2007 hielt Dr. C.____ unter der Rubrik "Verlauf" fest, die Beschwerden der Rippen hätten sich gebessert, allerdings bestünden bis heute starke Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich mit Ausstrahlung in den rechten Arm, weshalb eine MRI-Untersuchung der HWS geplant sei (UV-act. 5). Über den genauen Beginn der Nacken-/Schulterbeschwerden wird damit jedoch nichts ausgesagt. Als Diagnosen nannte Dr. C.____ sodann, wie die Ärzte am Spital Wil (UV-act. 2), "nur" eine Rissquetschwunde an der Stirn, eine Thorax- sowie eine Sacrumkontusion. Die im Bericht vom 29. April 2008, d.h. erst lange Zeit nach dem Unfall, gemachte und im Übrigen auch erweiterte Angabe des Hausarztes, der Patient sei am 21. November 2006 mit starken Nacken-/Kopfschmerzen in seine Nachbehandlung gekommen (UV-act. 82), zusammen mit der durch eine "HWS-Distorsion" ergänzte Diagnoseliste, erscheint damit wenig glaubhaft bzw. nachvollziehbar, zumal Dr. C.____ auch im Zwischenbericht vom 26. Februar 2007 (UV-act. 8) nur Nacken- und Schulterschmerzen angegeben hatte. Kopfschmerzen wurden eindeutig erstmals am 5. März 2007 durch die Ärztinnen der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen dokumentiert, und ihr Beginn drei Wochen vor der Untersuchung angegeben (UV-act. 17). Dies entspricht den Angaben des Beschwerdeführers bei der Befragung am 9. März 2007, wo er berichtete, Kopfschmerzen seien vor drei Wochen erstmals aufgetreten (UV-act. 10). Kopfschmerzen sind somit erst im Februar 2007 ausgewiesen. Im Übrigen waren sie laut Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 24. September 2007 beim Klinikeintritt am 4. Juli 2007 wieder vollständig verschwunden (UV-act. 51), was Dr. C.____ in seinem Bericht vom 29. April 2008 verschwieg (UV-act. 82). Er gab auch die Indikation für die neurologische Untersuchung am Kantonsspital St. Gallen ungenau wieder und beschrieb aktenwidrig keine Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Sein Bericht vom 29. April 2008 ist daher nicht geeignet, entgegen den echtzeitlichen Akten Halswirbelsäulen- oder Nackenschmerzen oder gar Kopfschmerzen innerhalb der ersten 72 Stunden nach dem Unfall nachzuweisen. Bei der Befragung vom 9. Mai 2007 berichtete der Beschwerdeführer, dass er nachts wegen der Verspannungen im Nacken aufwache und dann umhergehen und diese Region durch Bewegungen lockern müsse (UV-act. 22). Gleiche Angaben machte er bei der Eintrittsuntersuchung in Bellikon und gegenüber Kreisarzt Dr. D.____ (UV-act. 51 und 68). Schlafstörungen würden an sich ein weiteres schleudertraumatypisches Symptom darstellen. Zum einen werden jedoch Durchschlafstörungen bei der Schlafanalyse vom 15./16. Oktober 2008 gerade nicht dokumentiert und zum andern könnten sie aufgrund ihres verzögerten Auftretens ohnehin nicht einer Beschleunigungsverletzung der HWS zugeordnet werden. Unabhängig von der

Nichterfüllung der Latenzzeiten steht im konkreten Fall auch das Auftreten eines typischen bunten Beschwerdebildes mit einer Häufung von Beschwerden in Frage. So beschreibt der Beschwerdeführer die Schlafstörungen nicht als eigenständiges Symptom, sondern als Folgeerscheinung der Nackenschmerzen (UV-act. 22). Damit verblieben nur noch zwei Beschwerdeausprägungen (Kopf- und Nackenschmerzen), womit grundsätzlich nicht von einer eigentlichen Beschwerdehäufung gesprochen werden könnte. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Sinn der einschlägigen Rechtsprechung nicht von einer beim Unfall erlittenen Schleudertraumaverletzung bzw. äquivalenten Verletzung ausgegangen werden kann. 5.2 Ein Schädel-Hirn-Trauma muss nach der Rechtsprechung durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein, damit die sogenannte Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung kommen kann (vgl. BGE 134 V 122 E. 9.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2010 i/S B. [8C_792/2009], E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Weitere Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist, dass die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Comotio und Contusio cerebri liegt. Eine leichte Hirnerschütterung erfüllt diese Voraussetzung nicht. Der Beschwerdeführer hatte beim Unfall vom 19. November 2006 den Kopf am Rahmen der Windschutzscheibe angeschlagen (UV-act. 4). Er war selbständig aus dem Personenwagen ausgestiegen, konnte sich an den Unfall erinnern und litt weder an Übelkeit noch an Erbrechen (UV-act. 2). Die Ärzte der Klinik für Chirurgie am Spital Wil beurteilten ihn bei seiner Einlieferung mit 15 Punkten auf der Glasgow-Coma-Skala (GCS), was dem besten Wert entspricht und höchstens auf ein leichtes Trauma hinweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2005 i/S S. [U 276/06]), und stellten keine neurologischen Auffälligkeiten fest. Die Ärztinnen der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen verneinten eine Comotio cerebri ausdrücklich (UV-act. 17). Selbst wenn beim Beschwerdeführer von einer leichten Hirnerschütterung ausgegangen würde, liegt keinesfalls ein Schädel-Hirn-Trauma der geforderten Intensität für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis vor. Wie bereits dargestellt (vorstehende Erwägung 5.1), wurden beim Beschwerdeführer zudem innerhalb der Latenzzeit von 72 Stunden insbesondere keine Kopfschmerzen nachgewiesen bzw. traten Kopfschmerzen erstmals im Februar 2007 auf.

E. 6

6.1 Angesichts dieser Grundlagen (kein fassbarer pathologischer Befund; keine Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung; keine schleudertraumatypischen Beschwerden innerhalb der erforderlichen Latenzzeit) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zum einen nicht an somatischen Beschwerden leidet und zum anderen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen Unfall mit schleudertraumaähnlicher Verletzung erlitten hat bzw. das von ihm nach wie vor geklagte Beschwerdebild nicht als natürlich-kausale Unfallfolge einer schleudertraumaähnlichen Verletzung betrachtet werden kann. Selbst wenn in Bezug auf die geklagten Beschwerden - wie von der Beschwerdegegnerin zunächst anerkannt - für die Zeit nach dem Unfall von einer natürlichen Kausalität ausgegangen wird, muss diese zumindest im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 21. Februar 2008 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden. Dieses Bild wird insbesondere durch die in den Akten liegenden medizinischen Berichte bestätigt.

E. 6.2

6.2.1 Neurologisch war der Beschwerdeführer am Unfalltag unauffällig (UV-act. 2). Die neurologische Untersuchung vom 1. März 2007 am Kantonsspital St. Gallen ergab

neben den Verspannungen im Nackenbereich und den Kopfschmerzen keine auffälligen neurologischen Befunde (UV-act. 17). Auch beim Eintritt in die Rehaklinik Bellikon zeigte sich lediglich eine schmerzhaft eingeschränkte Armtrizepsfunktion (UV-act. 51 S. 5). Die Kopfschmerzen waren zu diesem Zeitpunkt wieder verschwunden. Dr. J. ___ stellte am 17. Januar 2008 neben den Verspannungen und Druckdolenz im Schulter- und Nackenbereich die unfallfremden Sensibilitätsstörungen der Ulnarisnerven fest und verneinte Hinweise für eine unfallbedingte neurologische Schädigung (UV-act. 65). Er vermerkte auch eine freie Beweglichkeit von Kopf, Schulter und Armen in allen Ebenen. Seit dem Unfall wurden somit ausser den erst spät erhobenen Nacken-/Schulterbeschwerden (vgl. Erwägung 5.1) in keiner neurologischen Untersuchung Auffälligkeiten beschrieben, die andauerten und auf den Unfall vom 19. November 2006 zurückzuführen waren. - Dr. H. ___ berichtete am 22. April 2009 über seine Untersuchung vom 1. Juli 2008 (act. G 25.1). Neben Schmerzen an der Halswirbelsäule bei voller Kopfbeweglichkeit hob er vor allem linksseitig pathologische Werte der P50-Methode mit evozierten Potentialen und die erhöhten Cholinwerte der Schädel-Magnetresonanztomographie mit Spektroskopie (act. G 25.2) hervor. Kopfschmerzen wurden nicht festgestellt. Der Neurologe selbst führte die erhobenen pathologischen Befunde lediglich beispielsweise auf ein Trauma zurück. Mit seiner anderen, unbegründeten Beurteilung der Befunde als "sichere Unfallfolgen" machte er diese Wahrscheinlichkeit nicht grösser. Auch die weiteren Unterlagen, besonders die Stellungnahme von Dr. H. ___ vom 8. September 2009 mit Beilagen (act. G 40.1 bis G 40.13), vermögen keine sichere Unfallkausalität zu begründen.

6.2.2 Sehstörungen
des Beschwerdeführers wurden erstmals durch den Bericht von Dr. med. M. ___, Facharzt FMH für Augenheilkunde, vom 26. November 2008 aktenkundig (act. G 25.5). Der Augenarzt beurteilte die erhobenen Befunde als vorbestehend. Er schloss jedoch nicht aus, dass die Beschwerden durch den Unfall verschlimmert worden seien. Damit ist nicht einmal eine allfällige Verschlimmerung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, keineswegs aber die Sehstörungen selbst.

6.2.3 Mit den in den medizinischen Akten gestellten Diagnosen - Zustand bzw. Status nach HWS-Distorsionstrauma (UV-act. 65), Druck- und Spontanschmerz C4/5 und C5/6 (act. G 25.7), myofasciales Schmerzsyndrom Nacken (UV-act. 51, 68), chronifiziertes cerviko-cephales Schmerzsyndrom (UV-act. 65) - liegen ebenfalls keine Hinweise auf eine traumatisch bedingte Gesundheitsschädigung vor. Die Diagnose von Schmerzsyndromen bedeutet keinesfalls automatisch auch das Vorliegen unfallkausaler organischer Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Aufl., München 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur jeweiligen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Insbesondere auch der Zusatz "chronifiziert" weist sodann nicht auf ein unfallkausales organisches Substrat hin. Im Verlauf der Chronifizierung wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System und ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Eine

Statusdiagnose sagt lediglich aus, auf welchen Umstand der heutige Zustand des Beschwerdeführers zurückzuführen ist. Über Unfallrestfolgen wird damit jedoch nichts Konkretes ausgesagt. Die Argumentation von Dr. C.____ im Bericht vom 29. April 2008 (UV-act. 82), er sei der Meinung, dass die heutigen Beschwerden reine Unfallfolgen seien, weil er keine andere akzeptable Erklärung finden könne und der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, reicht schliesslich nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung für die Begründung der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer Unfallkausalität ebenfalls nicht aus, da der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft besitzt. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 340 E. 2b/bb) 6.3 Im Auftrag der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers war der Beschwerdeführer zwischen dem 10. Januar und 13. März 2008 überwacht worden (act. G 19.1 bis G 19.3). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragte am 3. März 2009, die entsprechenden Akten seien aus dem Recht zu weisen (act. G 23). - Das ehemalige EVG hatte wiederholt festgehalten, dass die Ergebnisse einer von einer Haftpflichtversicherung veranlassten Observation durch einen Unfallversicherer als Beweismittel im Sozialversicherungsverfahren verwertet werden können (BGE 132 V 241 , 129 V 323). Mit BGE 135 I 169 erklärte das Bundesgericht auch die Überwachung einer versicherten Person im direkten Auftrag der Unfallversicherung als zulässig. Die Tatsache, dass die Überwachung durch die Generali Versicherungen AG als im vorliegenden Verfahren nicht beteiligte Haftpflichtversicherung veranlasst worden war, genügt nach dieser Rechtsprechung nicht, um die Überwachungsergebnisse aus dem Recht zu weisen. Insbesondere wurde nicht geltend gemacht und bestehen auch keine offenkundigen Anhaltspunkte dafür, dass die Überwachung unrechtmässig gewesen wäre (vgl. zur Thematik auch Ph. Meier / A. Staeger, La surveillance des assurés [assurances sociales et assurances privées] - état des lieux, in: Jusletter 14. Dezember 2009). Der Überwachungsbericht und die Videosequenzen zeigen, dass der Beschwerdeführer seinen Kopf ohne irgendwelche Anzeichen von Schmerzen frei nach vorne und zur Seite bewegen kann (act. G 19.2f.). Die freie Kopfbeweglichkeit stellten sowohl Dr. J.____ am 17. Januar 2008 (UV-act. 65) als auch Dr. H.____ am 1. Juli 2008 (act. G 25.1) fest. Auffällig ist jedoch, dass der Kreisarzt bei der Untersuchung vom 20. Februar 2008 Bewegungseinschränkungen festhielt (UV-act. 68), während bei der Überwachung am gleichen Tag keinerlei Einschränkungen erkennbar waren (act. G 19.3). Das gibt überhaupt Anlass zu Zweifeln, ob die dem Kreisarzt geschilderten Beschwerden bestanden haben.

6.4 Der Beschwerdeführer liess mit der Beschwerde und den weiteren Rechtsschriften beantragen, die Streitsache sei zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen, insbesondere zu einer poly- bzw. interdisziplinären Begutachtung im Sinn von BGE 134 V 109 E. 9.3 S. 124, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diesem Antrag kann nicht entsprochen werden. Wie vorstehend ausgeführt (besonders Erwägung 5), sind in diesem Streitfall die Voraussetzungen für die Anwendung der sogenannten Schleudertrauma-Praxis nicht gegeben. Vor allem aber erweist sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt und es ist nicht anzunehmen, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit neue Erkenntnisse bringen würden. In antizipierter Beweiswürdigung kann daher darauf verzichtet werden (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.3 S. 234 und BGE 131 I 153 E. 3 S. 157 je mit Hinweisen).

6.5 Dem Begehren, eine

verkehrstechnische Unfallanalyse anfertigen zu lassen, ist nicht stattzugeben. Eine solche Expertise könnte Anhaltspunkte zur Schwere des Unfallereignisses liefern und allenfalls zum natürlichen Kausalzusammenhang im Unfallzeitpunkt näher Stellung nehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008 i/S M. [8C_33/2008], E. 7.1 mit Hinweisen). Zur Klärung der im vorliegenden Verfahren strittigen Fragen, bei denen es um die Kausalität des Unfalls vom 19. November 2006 im Einstellungszeitpunkt (per 21. Februar 2008) geht, könnte sie hingegen nichts beitragen.

E. 7

7.1 Eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 134 V 109 begründeten Rechtsprechung bzw. der sogenannten "Schleudertrauma-Praxis" fällt nach dem Gesagten (Erwägung 5) eigentlich ausser Betracht. Ebenso unpassend stellt sich in Bezug auf den vorliegenden Fall eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen dar, nachdem im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 19. Juli 2007 eine psychische Störung mit Krankheitswert verneint wurde (UV-act, 51), aber auch in den weiteren Akten keinerlei Hinweise auf eine psychische Komponente bestehen. Nachfolgend wird dennoch dargelegt, dass eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch mangels der kumulativ vorausgesetzten Adäquanz - sowohl nach der "Schleudertrauma-Praxis" als auch nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen - nicht gegeben wäre. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs bei erlittener schleudertraumähnlicher Verletzung zutreffend dar (Erwägung 5); darauf ist zu verweisen. Die bei mittelschweren Unfällen mit psychischer Fehlentwicklung in die Adäquanzprüfung einzubeziehenden Kriterien stellen sich folgendermassen dar: Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 E. 6c/aa). Im Gegensatz zu den bei psychischen Fehlentwicklungen relevanten Kriterien wird für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der HWS und in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil es hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359). 7.2 Der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung und damit der Leistungseinstellung per 21. Februar 2008 ist nicht zu beanstanden. Gemäss BGE 134 V 114 E. 4.1 hat der Versicherer die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich laut höchstrichterlicher Rechtsprechung nach der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (vgl. BGE 134 V 115 E. 4.3 und Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2010 i/S S. [8C_744/2009], E. 8.1). Aufgrund des bisherigen Heilverlaufs, der vorliegenden ärztlichen Berichte und der attestierten vollen Arbeitsfähigkeit, konnte im Einstellungszeitpunkt per 21. Februar 2008 von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der Beschwerden erwartet werden. Von einer solchen ging auch Dr. C.____ im Bericht vom 29. April 2008 nicht aus (UV-act. 82). 7.3 Dem Unfall vom 19. November 2006 kann

zwar eine gewisse Eindrücklichkeit - wie praktisch jedem Unfall mit einer Körperverletzung - nicht abgesprochen werden. Nach den anwendbaren streng objektiven Kriterien kann jedoch nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder besonderer Eindrücklichkeit (BGE 115 V 133 E. 6c/aa, 134 V 109 V E. 10.3) gesprochen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2009 i/S M. [8C_595/2009], E. 8 mit Hinweisen). Zu verneinen sind weiter eine schwere Verletzung oder eine besondere Art der erlittenen Verletzungen, was vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird. Er beruft sich auch nicht auf eine ärztliche Fehlbehandlung. Dieses Adäquanzkriterium ist ebenso zu verneinen.

7.4 Die ärztliche Behandlung des Beschwerdeführers dauerte vom Unfall am 19. November 2006 bis zum Einstellungszeitpunkt am 21. Februar 2008 rund 15 Monate. Bei dieser Zeitspanne kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) gesprochen werden. Erforderlich ist überdies eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete Behandlung des (somatischen) Leidens. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2010 i/S S. [8C_744/2009], E. 11.3 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer wurde die erste Nacht nach dem Unfall im Spital Wil überwacht (UV-act. 2). Vom 4. Juli bis 30. August 2007 weilte er zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon (UV-act. 43 und 51). Die Behandlung durch seinen Hausarzt Dr. C.____ beschränkte sich auf Kontrollen, Verschreibung von Physiotherapie und Medikamenten sowie auf die Anordnung weiterer Abklärungsmassnahmen. Diese ärztliche Behandlung erfüllt die Anforderungen an das entsprechende Adäquanzkriterium nicht, weshalb es zu verneinen ist. Im gleichen Sinne liegt bis zum Einstellungszeitpunkt auch keine ununterbrochene, konsequent fortgeführte Behandlungsfolge vor und kann damit objektiv nicht von einer spezifischen, den Beschwerdeführer speziell belastenden ärztlichen Behandlung nach dem Sinngehalt dieses Adäquanzkriteriums bei Schleudertraumen der HWS ausgegangen werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.3 sowie Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010 i/S H. [8C_879/2009], E. 5.2, vom 2. Dezember 2009 i/S S. [8C_747/2009], E. 6.2 mit Hinweisen, und vom 30. September 2009 i/S G. [8C_299/2009], E. 4.3.3). Die beim Beschwerdeführer durchgeführten Behandlungen zusammen mit dem einmaligen Klinikaufenthalt liegen im unteren Bereich dessen, was nach einem erlittenen Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten Verletzung mit ähnlichem Beschwerdebild üblich ist. Die diesbezügliche Inanspruchnahme ist insgesamt nicht als derart intensiv zu werten, als dass deswegen von einer erheblichen - im Sinn einer sich allein daraus ergebenden zusätzlichen - Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur gesprochen werden könnte.

7.5 Weder aus der ärztlichen Behandlung noch aus den erheblichen Beschwerden, welche bei der Beurteilung der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind, kann auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Vielmehr bedarf es hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010 i/S H. [8C_786/2009], E. 5.5, und vom 9. November 2009 i/S N. [8C_626/2009], E. 4.3 mit Hinweisen). Solche liegen beim Beschwerdeführer nicht vor, weshalb auch dieses sowohl bei der "Psycho-Praxis" als auch bei der "Schleudertrauma-Praxis" adäquanzrelevante Kriterium zu verneinen ist.

7.6 Nach dem Abklingen der Schmerzen im Brustbereich wurden vom Beschwerdeführer durchgehend Beschwerden und Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich geklagt. Von Februar bis Sommer 2007 waren auch Kopfschmerzattacken hinzugekommen.

Andauernde Schmerzen wurden bei den Befragungen vom 9. März und 9. Mai 2007 nicht angegeben (UV-act. 10 und 22). Vielmehr beschrieb der Beschwerdeführer Verspannungen in Ruhe und in der Nacht, die nach gewisser Zeit schmerzhaft würden. Am 31. Oktober 2007 führte er zusätzlich aus, dass er keine Schmerzmittel mehr nehme (UV-act. 54). Dr. J. ___ beschrieb er belastungsabhängige Schmerzen im Schulter-/Nackebereich (UV-act. 65). Angesichts dieser Sachlage ist mithin auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) bzw. dasjenige der erheblichen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 10.3) nicht erfüllt. 7.7 Der Beschwerdeführer war vom Unfalltag am 19. November 2006 bis zum ersten Arbeitsversuch am 19. Februar 2007 100% arbeitsunfähig (UV-act. 10). Weitere Arbeitsversuche zu 50% sind vom 16. bis 20. April 2007, am 10./11. und 14. Mai 2007 sowie (nach Ferienunterbruch) am 5. Juni 2007 dokumentiert (UV-act. 22, 26 und 29). Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon erachteten eine volle Arbeitsfähigkeit für zumutbar, sofern der Beschwerdeführer keine Gewichte über 15kg heben müsse (UV-act. 43 und 51). Obwohl die Arbeitgeberin seine angestammte Arbeit anpasste (UV-act. 21f., 42 und 54), verwirklichte er diese theoretische Arbeitsfähigkeit zu keiner Zeit. Auch die Angewöhnungsphase zu 50%, die er am 5. September 2007 begann, wurde mehrfach unterbrochen (UV-act. 44 bis 46 und 49f.). Ab 31. Oktober 2007 wurde mit dem Hausarzt des Beschwerdeführers eine Arbeitsfähigkeit von 75% vereinbart (UV-act. 53), die wiederum nicht eingehalten wurde (UV-act. 56). Dr. J. ___ beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers am 17./18. Januar 2008 aus neurologischer Sicht als nicht wesentlich eingeschränkt (UV-act. 65). Dr. D. ___ schloss sich der Beurteilung im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon an und ging ebenfalls von voller Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (UV-act. 68). Er verneinte darüber hinaus eine unfallbasierte Begründung für eine Beschränkung der Belastung auf 15kg. Spätestens ab 21. Februar 2008 bestand demnach theoretisch volle Arbeitsfähigkeit. Bei dieser Ausgangslage ist das Adäquanzkriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) höchstens in einfacher Weise erfüllt bzw. ist eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 130 E. 10.3) nicht bzw. ebenfalls höchstens geringfügig erfüllt. In Bezug auf das adäquanzrelevante Kriterium der "Schleudertrauma-Praxis" (BGE 134 V 130 E. 10.3) kommt einschränkend hinzu, dass die ernsthaften Anstrengungen des Beschwerdeführers (seine Arbeitsfähigkeit zu verwirklichen und) seine Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, nicht konkret erkennbar ist. 7.8 Da sowohl in Anwendung der "Psycho-Praxis" als auch der "Schleudertrauma-Praxis" höchstens das Adäquanzkriterium betreffend Arbeitsunfähigkeit in einfacher Weise bzw. geringfügig erfüllt ist, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. November 2006 und den Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich, die über den Einstellungszeitpunkt hinaus geltend gemacht werden, zu verneinen. Damit fehlt es auf jeden Fall an einer wesentlichen Voraussetzung für eine Leistungspflicht der Suva über den 21. Februar 2008 hinaus, weshalb die Versicherungsleistungen zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt wurden.

E. 8

8.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) keine zu erheben. 8.2 Der Beschwerdeführer lässt die unentgeltliche Verbeiständung durch seine bisherige Rechtsvertreterin beantragen. Seine Bedürftigkeit ist aufgrund der vorliegenden Unterlagen (besonders act. G 8) erstellt. Eine anwaltliche Vertretung war angesichts der komplexen

Tat- und Rechtsfragen geboten. Bei detaillierter Betrachtung kann die Beschwerde im Zeitpunkt der Einreichung nicht als offensichtlich aussichtslos beurteilt werden. Es war nicht evident, dass der Beschwerdeführer von vorneherein unterliegen würde. Zudem hätte sich eine Partei, die die nötigen Mittel hätte, wahrscheinlich auch zum Prozess entschieden (vgl. St. Meichssner, Aktuelle Praxis der unentgeltlichen Rechtspflege, in: Jusletter 7. Dezember 2009, Rz 29 bis 32; BGE 129 I 129 E. 2.3.1 S. 136f. und BGE 98 V 115 E. 4 S. 109). Da die Voraussetzungen erfüllt sind, kann dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Verbeiständung durch seine bisherige Rechtsvertreterin bewilligt werden. Er kann aber, wenn es seine wirtschaftlichen Verhältnisse gestatten, zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 des st. gallischen Zivilprozessgesetzes, systematische Gesetzessammlung des Kantons St. Gallen [sGS] 961.2, i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, sGS 951.1). 8.3 Der Staat hat zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem unentgeltlichen Rechtsbeistand lediglich ein um 20% reduziertes Honorar zusteht (vgl. Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Am 11. Februar 2010 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Honorarnote über Fr. 14'612.80 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein und wies auf das überdurchschnittlich aufwendige Verfahren hin (act. G 47). Der eingereichten Honorarnote kann nicht entsprochen werden. Die Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (sGs 963.75) sieht für die Verwaltungsrechtspflege das Pauschalhonorar als Regelfall vor. In unfallversicherungsrechtlichen Verfahren spricht das Versicherungsgericht regelmässig eine pauschale Entschädigung von Fr. 4'000.-- zu. Die Komplexität des Falles rechtfertigt vorliegend einen Zuschlag zu dieser "Normalentschädigung" von 50%. In Würdigung aller Umstände wird die Parteientschädigung auf Fr. 4'800.-- (80% von Fr. 6'000.-- inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgelegt. 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 4'800.--.

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