

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/9 vom 13. August 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_9

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/9 du 13 août 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/9 del 13 agosto 2008

Regeste

Art. 6 und 18 UVG, Unfall mit leichtem Schädel-Hirntrauma und HWS-Distorsion ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle. Chronisches Zervikalsyndrom sowie mittlere depressive Episode und somatoforme Schmerzstörung zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung aktuell. Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Adäquanz verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2008, UV 2008/9). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2008.

Erwägungen

E. 1

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 4. November 2003 und erbrachte entsprechende Leistungen. Streitig ist, ob sie auch für die nach dem 31. August 2006 (Leistungseinstellung) geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden aufzukommen hat. Soweit der Beschwerdeführer die Ausrichtung von Rentenleistungen und einer Integritätsentschädigung beantragen lässt, kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden, da diese Leistungen nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids bilden und mithin auch nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens sein können (vgl. BGE 125 V 413).

E. 2

2.1 Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialversicherungsrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) 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 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Vorausssehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a). Nicht jeder natürliche Kausalzusammenhang ist zugleich in rechtlicher Hinsicht adäquat. Der adäquate Kausalzusammenhang ist ein Korrektiv zum naturwissenschaftlichen

Ursachenbegriff, der vom Recht als natürliche Kausalität übernommen wurde, aber der Einschränkung bedarf, um für die rechtliche Verantwortlichkeit tragbar zu sein und eine vernünftige Begrenzung der Haftung zu ermöglichen (BGE 122 V 415 E. 2c und 123 III 110 E. 3a). 2.2 Wenn nun die Beschwerdegegnerin geltend macht, ab dem 1. September 2006 seien keine Unfallfolgen mehr vorhanden, so ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst 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 nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, 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 dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 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 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]).

E. 3

Aus dem Austrittsbericht des Kantonsspitals Frauenfeld ergibt sich, dass der Beschwerdeführer eine Amnesie für das Ereignis hatte und bei Eintreffen der Ambulanz wach und orientiert gewesen war. Bei der Aufnahme ins Spital hatte er eine Glasgow-Coma-Scale (GCS) von 15 aufgewiesen und über Kopfschmerzen geklagt. Jedoch war ihm weder übel noch musste er erbrechen. Im weiteren wurden eine Beule am Occiput, eine schmerzhafte Reklination und Anteversion der HWS, keine Druckdolenz dort und diffuse Klopf- und Druckdolenz im Bereich Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) sowie der linken Schulter festgestellt. Das Röntgenbild der HWS, BWS und LWS zeigte regelmässige Alignements und keine frische traumatische ossäre Läsionen (UV act. I/4). Zehn Tage später erfolgte eine Abklärung im Kantonalen Spital Altstätten bzw. in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen, weil der Beschwerdeführer zwei Tage zuvor zu Hause bewusstlos geworden und gestürzt war (UV act. I/9, I/13). Die Fachärzte der Rehaklinik Bellikon stellten anlässlich des Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 21. Januar 2004 bis 3. März 2004 im Austrittsbericht vom 4. März 2004 fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall an Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen als auch an Konzentrationsschwierigkeiten leide. Sie diagnostizierten eine traumatische Hirnverletzung mit Hämosiderin-Ablagerung im rechten Globus pallidus, ein HWS-Distorsionstrauma bei vorbestehender degenerativen Veränderungen und eine Kontusion der linken Schulter. Weiter bestehe ein Parenchymdefekt im Bereich des linken Seitenventrikel-Vorderhornes (wahrscheinlich vorbestehend) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.11) bei prätraumatisch wahrscheinlich leicht depressiver Stimmungslage auf Grund chronischer Überforderung durch eine prekäre psychosoziale Situation. Sodann bestehe nach einem unklaren Bewusstseinsverlust am 16. November

2003 ein Verdacht auf eine vasovagale Synkope. Aktuell wurde eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit starker Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfung bei im Vordergrund stehender mittelschwerer depressiven Symptomatik sowie unklarer Schwindel und eine Zervikalgie mit Spannungskopfschmerz festgestellt (UV act. I/34). Damit lässt sich ein Beschwerdebild, wie es typischerweise nach schleudertraumaähnlichen Verletzungen auftreten kann, nicht in Abrede stellen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer als Folge des Unfalls vom 4. November 2003 ein leichtes Schädel-Hirntrauma bzw. eine Commotio cerebri sowie eine HWS-Distorsion erlitten hat, wovon auch die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid ausgeht (UV act. I/4, I/140 S.4).

3.1 Nachfolgend ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis zu prüfen. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die HWS-Distorsion nicht zu einer organischen Schädigung geführt hat. Die am Unfalltag im Kantonsspital Frauenfeld durchgeführte Untersuchung ergab keine frischen ossären Läsionen (UV act. I/4). Dr. D. ___ von der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen stellte in ihrem Bericht vom 9. Januar 2004 fest, dass beim Beschwerdeführer eine Zervikobrachialgie vorliege und er bereits vor dem Unfall an Hyp- und Dysästhesien der ersten bis dritten Finger der linken Hand gelitten habe (UV act. I/18). Diese Beschwerden an der Hand sind seit Dezember 2000 bekannt (UV act. II/6, II/7). Eine Unfallkausalität zum Ereignis vom 2. Februar 2000 wurde mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 27. Februar 2001 durch die Beschwerdegegnerin verneint (UV act. II/9). Nach dem Verkehrsunfall vom 4. November 2003 bestanden diese Hyperästhesien nach wie vor fort und erfassten nun auch den ganzen linken Arm. Elektrophysiologisch konnte entgegen der ersten Diagnose aus dem Jahr 2000 kein Karpaltunnelsyndrom bestätigt werden. Hingegen fand sich eine chronische, jedoch keine akute Wurzelläsion C6/C7 links, passend dazu die Befunde der vertebro-spinalen Kernspintomographie mit degenerativen Veränderungen (beginnende Osteochondrose und Unkarthrose C5/6 und C6/7 mit Diskopathie und jeweiligem Riss im Anulus fibrosus und Einengung der Neuroforamina C5/6 bzw. C6/7; UV act. I/15, I/18). PD Dr. med. E. ___, Neurologie FMH, vom Institut für interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen (IIMB), Zürich, untersuchte den Beschwerdeführer am 16. Dezember 2004. Er diagnostizierte ein chronisches zervikobrachiales Syndrom mit Muskelverhärtungen über der Scapula links, welches zu 75% durch die HWS-Distorsion verursacht worden sei. Diese Diagnose wird vom ABI dahingehend korrigiert, dass diese Diagnose die bereits damals festgestellte Abschwächung der Muskeleigenreflexe nicht erkläre. Das ABI ordnet deshalb die Beschwerden einem chronischen Zervikalsyndrom mit radikulärer Reiz- und sensibler Ausfallsymptomatik der Wurzel C6 und/oder C7 links bei degenerativen HWS-Veränderungen zu (ICD-10 M50.1: Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie; G act. 9, S. 18). Diese Diagnose eines chronischen Zervikalsyndroms ist einleuchtend, umfassend und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass Nackenschmerzen und Sensibilitätsstörungen zum typischen Beschwerdebild einer HWS-Distorsion gehören können. Unter diesen Umständen ist eine Teilkausalität zwischen dem Unfall vom 4. November 2003 und diesen Beschwerden gegeben.

3.2 Der Beschwerdeführer erlitt anlässlich des Unfalls auch ein leichtes Schädel-Hirntrauma. Dieses wurde in der Folge mit einer cranio-cerebralen Kernspintomographie am 19. Dezember 2003 im Kantonsspital St. Gallen untersucht. Diese zeigte einerseits einen Parenchymdefekt im Bereich des linken Seitenventrikel-Vorderhorns (UV act. I/15), welcher von den Fachärzten übereinstimmend als prätraumatisch und seit

der Kindheit bestehend interpretiert wurde (UV act. I/18, I/34, I/90, I/119). Somit stellt der Parenchymdefekt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine organische Unfallfolge dar. Andererseits fand sich eine fragliche Hämosiderin-Ablagerung im rechten Globus pallidus. Ob diese kausal zum Unfall ist, ist unter den Ärzten umstritten und ist nachfolgend zu beurteilen.

3.3 Dr. D. ___ von der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hielt in ihrem Bericht vom 9. Januar 2004 fest, dass diese Ablagerung Ausdruck einer minimalen Contusio cerebri (Quetschung der Hirnrinde) sein könne (UV act. I/18). Sie geht somit lediglich von einer möglichen Unfallursache aus (Kann-Formulierung).

3.4 Anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 21. Januar 2004 bis zum 3. März 2004 wurde ausgehend von dem milden Schädel-Hirntrauma mit Hämosiderin-Ablagerung neuropsychologisch von einer mittelschweren Störung ausgegangen, obwohl die Untersuchung wegen der stark verminderten Belastbarkeit des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden konnte. Der Beschwerdeführer war in der Untersuchung vom 26. Januar 2004 in seiner mentalen Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt und zu keiner kontinuierlichen geistigen Anstrengung fähig. Das aktuelle Störungsbild wurde als ein Mischbild aus hirnorganischen und reaktiven Anteilen dargestellt, wobei die reaktiven Komponenten eindeutig im Vordergrund stünden (UV act. I/33, I/34). Dieser Diagnose schloss sich Dr. E. ___ in seinem Gutachten vom 15. Februar 2005 an (UV act. I/90).

3.4.1 Die Beurteilung durch Dr. C. ___ vom 29. Mai 2006 ergab eine entgegengesetzte Einschätzung. Die vermutete Hämosiderin-Ablagerung könne auch eine Kalkablagerung sein und sei nicht im Globus pallidus, sondern in der Capsula interna lokalisiert. Eine akute Blutung in diesem Bereich führe üblicherweise zu einer klinischen Symptomatik mit Halbseitenlähmung und Pyramidenbahnzeichen. Nachdem eine solche Symptomatik beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt bestanden habe und offenbar auch in der Vorgeschichte nicht erinnerlich sei, sei daraus zu schliessen, dass auch diese Veränderung alt sei. Die neuropsychologischen Defizite seien in Bellikon gar nie nachgewiesen worden, gleichwohl sei eine mittelschwere Störung aus neuropsychologischer Sicht beschrieben und so weiter gegeben worden, was jeglicher Grundlage entbehre. Anhand der klinischen Symptomatik könne von einer leichten traumatischen Hirnverletzung (Mild Traumatic Brain Injury, MTBI) Kategorie 1 (klassifiziert nach EFNS 2000) ausgegangen werden. Im Rahmen einer solchen MTBI könnten akut Kopfschmerzen, Schwindel, Aufmerksamkeitsstörungen und Schlafstörungen auftreten. Diese hätten jedoch eine gute Prognose und seien in der Regel innerhalb von sechs Monaten bis spätestens einem Jahr wieder verschwunden. Eine anhaltende oder gar sich verschlimmernde Symptomatik sei mit dieser Diagnose nicht vereinbar (UV act. I/119).

3.4.2 Das von der IV-Stelle im hängigen IV-Verfahren in Auftrag gegebenen ABI-Gutachten vom 29. Januar 2008 schliesst sich der Meinung von Dr. C. ___ an, ohne jedoch über die Originalbilder der cranio-cerebralen kernspintomographischen Untersuchung zu verfügen. Begründet wird dies damit, dass sich die vermeintliche Hämosiderin-Ablagerung an einem bezogen auf den Unfall sehr ungewöhnlichen Ort befinde und dies von anderen begutachtenden Ärzten nicht kritisch gewürdigt worden sei. Ausserdem sei auf die in Bellikon festgestellten mittelschweren neuropsychologischen Defizite abgestellt worden, obwohl eine entsprechende Untersuchung gar nicht durchgeführt werden konnte. Ausserdem könne davon ausgegangen werden, dass bei einer milden traumatischen Hirnschädigung, welche am untersten Ende des Spektrums anzusiedeln sei, sich allfällige Defizite im Zeitraum von spätestens einem Jahr vollständig zurückbilden würden (G act. 9, S. 2 und 3 sowie S. 19 und 20).

3.4.3 Diese

Einschätzung wird durch die medizinische Forschung gestützt. Der Zeitraum einer Erholung nach einem Schädel-Hirntrauma wird gar auf sechs bis zwölf Wochen beschränkt (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, in: SZS 1996 S. 467). Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzungen würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirn- bzw. HWS-Schädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnrnorganischen Schädigung bzw. Schädigung im HWS-Bereich rufen (Jenzer, a.a.O., S. 469 mit Hinweis; vgl. auch B.P. Radanov, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Wie aus den medizinischen Akten ersichtlich ist, hat der Beschwerdeführer unbestrittenermassen ein mildes Schädel-Hirntrauma erlitten. Hingegen wird das Vorliegen einer organischen Schädigung hinsichtlich der Hämosiderin-Ablagerung und der festgestellten neuropsychologischen Defizite in der neurologischen Beurteilung von Dr. C.____ sowie in der Beurteilung des Gutachters des ABI, Dr. med. F.____, FMH Neurologie, angezweifelt. Die Begründungen der Fachärzte sind überzeugend und nachvollziehbar. Auch Dr. D.____ vom Kantonsspital St. Gallen stellt eine organische Schädigung nur als mögliche Unfallfolge dar. Damit ist nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der Unfall vom 4. November 2003 zu einer organischen Hirnschädigung geführt hat.

3.4.4 Der Beschwerdeführer begann nach dem Aufenthalt in Bellikon mit einer Therapie bei Dr. B.____. Der Psychiater diagnostizierte am 6. September 2004 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma. Er begründet dies damit, dass der Beschwerdeführer depressiv, ängstlich und psychomotorisch verlangsamt sei und starke Konzentrationsschwierigkeiten habe. Dazu seien intensive Schmerzen vorhanden. Er sei ganz erschöpft und in seinem Denken ganz auf seine Schmerzen konzentriert (UV act. I/74). An dieser Diagnose hielt er mit Bericht vom 16. Dezember 2006 fest (UV act. I/134). Wie gerade aufgezeigt wurde, kann der Nachweis einer organischen Hirnschädigung nicht erbracht werden. Die Diagnose eines organischen Psychosyndroms gilt damit als nicht überwiegend wahrscheinlich.

3.5 Als dritter Beschwerdekomples leidet der Beschwerdeführer an verschiedenen psychischen Beschwerden. In Bellikon wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, nachdem Dr. D.____ vom Kantonsspital St. Gallen bereits zwei Wochen nach dem Unfall eine ausgeprägte Angstsymptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung feststellte (UV act. I/34, I/18). Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer im Rahmen des polydisziplinären Gutachten des AEH am 17. Dezember 2004 und 28. Januar 2005 (UV act. I/89). Sie diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Im Austrittsbericht der Klinik St. Pirminsberg vom 28. September 2005 wurde die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) gestellt (UV act. I/110).3.5.1 Das ABI-Gutachten bestätigt die Diagnose einer depressiven Episode, wobei der Schweregrad anlässlich der Untersuchung vom 20. November 2007 als leicht bis mittelschwer eingeschätzt wurde. Hingegen könne nicht von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden. Diese treten nur nach schweren Unfällen auf. Sodann fehle es für diese Diagnose an den sich aufdrängenden wiederholtem Erleben der traumatischen Erinnerung (flashbacks)

ebenso wie an einem deutlichen emotionalen Rückzug mit Gleichgültigkeit gegenüber der Umgebung sowie an der Vermeidung von Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Der Beschwerdeführer habe durchaus Kontakte zu seinen Kollegen und innerhalb der Familie sehr gute Kontakte (G act. 9, S. 15). 3.5.2 Unabhängig davon, ob nun die Diagnose einer Belastungsstörung überzeugend ist oder nicht – immerhin wurde der Beschwerdeführer durch Dr. G. ___ zweimalig untersucht und der Hausarzt kontaktiert –, wird übereinstimmend die Diagnose einer mittleren depressiven Episode gestellt. Der Beschwerdeführer hatte nach der Teilnahme am Krieg in Kroatien 1991 bereits psychische Beschwerden, welche jedoch ohne Behandlung wieder abklangen. Eine niedrigere Schwelle für erneute psychische Beschwerden erscheint daher gegeben. Schliesslich liegt unbestrittenermassen eine psychosozial belastende Situation vor, indem die Ehefrau nach der Geburt des zweiten Kindes im Jahr 2000 psychisch erkrankt und wiederholt hospitalisiert war. Dies hat die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers für Beruf und Familie aber nicht geschmälert. Nach dem Unfall wurde der Beschwerdeführer durch den Wegfall der Leistungsfähigkeit schwer getroffen (UV act. I/89, S. 12). Unter diesen Umständen ist eine Teilursache der aktuellen psychischen Beschwerden auf Grund des Unfalles vom 4. November 2003 anzunehmen. 3.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass angesichts der dargelegten medizinischen Befunde mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass das beim Unfall vom 4. November 2003 erlittene leichte Schädel-Hirntrauma spätestens bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 31. August 2006 vollständig abgeheilt war. Hingegen ist eine Teilkausalität sowohl betreffend die HWS-Distorsion als auch betreffend die psychischen Beschwerden zu bejahen. Mit Vorliegen der zwei polydisziplinären Gutachten des AEH und des ABI ist von medizinischen Beweisergänzungen im Sinne eines weiteren interdisziplinären Gutachtens abzusehen, da hiervon keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; RKUV 2003 Nr. U 473 S. 50 E. 3.4).

E. 4

Zu prüfen bleibt, wie es sich mit der adäquaten Kausalität der organisch nicht nachweisbaren Beeinträchtigungen verhält. 4.1 Die Beschwerdegegnerin hat den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem in Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis nach den Regeln der in BGE 115 V 140 E. 6c/aa dargelegten Praxis zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen verneint. Bezüglich der für die Adäquanzbeurteilung notwendigen Abgrenzung der Anwendung von BGE 117 V 366 E. 6 (Schleudertrauma-Praxis) und BGE 115 V 140 E. 6c/aa ist folgendes zu beachten: Die typische Symptomatik nach Schleudertrauma (und äquivalenten Verletzungen) weist organische und psychische Komponenten auf wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, neurologische Defizite (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Übelkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung (BGE 117 V 366 E. 4b). Daher erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach Distorsionen der Halswirbelsäule (ohne nachweisbare organische Unfallfolgeschäden) grundsätzlich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 366 E 6a mit ihrer fehlenden Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden. Kann hingegen nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild – d.h. von einem komplexen Gesamtbild unfallbedingter psychischer Beschwerden und ebenfalls unfallkausaler organischer Störungen – gesprochen werden, hat die Prüfung der adäquaten Kausalität praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt der psychischen Fehlentwicklung nach

Unfall gemäss BGE 115 V 133 zu erfolgen. Dieses Vorgehen greift Platz, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, 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, andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 117 V 382 E. 4b festgelegten Kriterien (präzisiert gemäss BGE 134 V 121 ff. E. 9 und 10). 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).

4.2 Vorliegend fällt auf, dass sich die psychologische Problematik bereits zwei Wochen nach dem Unfall gezeigt hat. Trotz früh eingeleiteter stationärer Behandlung war sie jedoch keiner Verbesserung zugänglich (UV act. I/18, I/34). Zwar ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer vor dem Unfall in einer prekären psychosozialen Lage befunden hat und vom Wegfall der Leistungsfähigkeit schwer getroffen wurde. Diese Umstände haben allenfalls für die Entwicklung psychischer Beschwerden nach dem Unfall begünstigend gewirkt. Jedoch ist eine Teilursache des Unfalles für die psychischen Beschwerden gegeben. Erst im ABI-Gutachten wird von einer psychischen Überlagerung der geklagten Schmerzen ausgegangen (G act. 9, S. 14). Diese war jedoch zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch nicht ärztlich diagnostiziert worden, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Auch sind die typischen Beschwerden eines HWS-Schleudertraumas unmittelbar nach dem Unfall im Vergleich zur psychischen Problematik nicht ganz in den Hintergrund getreten. Das Zervikalsyndrom spielt auch zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung eine Rolle. Die Visusbeschwerden im Sinne von Doppelbildern sind dagegen übereinstimmend als nicht unfallkausal bezeichnet worden (UV act. I/68). Der Beschwerdeführer versuchte ein einziges Mal im Sommer 2004 wieder zu arbeiten, musste aber den Versuch auf Grund der Schmerzen nach wenigen Minuten abbrechen (UV act. I/62). Es ist deshalb von einem komplexen Gesamtbild auszugehen, weshalb im Gegensatz zur Ansicht der Beschwerdegegnerin die Adäquanz gemäss der Schleudertrauma-Praxis nach BGE 117 V 359 bzw. gemäss den in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien zu prüfen ist.

4.3 Für die Adäquanzprüfung ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen (BGE 117 366 E. 6a, BGE 134 V 126 E. 10.1). Gemäss Polizeirapport vom 11. November 2003 war der Beschwerdeführer mit einem Mazda 626 mit 130 km/h auf der Überholspur der Autobahn unterwegs, als das linke Hinterrad infolge Rostbefalls wegbrach. Dadurch verlor er die Herrschaft über das Fahrzeug, wonach dieses gegen die Autobahnböschung geschleudert wurde, sich überschlug und schliesslich auf der Überholspur auf den Rädern wieder zum Stillstand kam. Sein Beifahrer wurde dabei aus dem Auto geschleudert, verletzte sich aber kaum. Er selbst kann sich an das Unfallereignis nicht erinnern (UV act. I/1, I/10). Auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs ist dieses Unfallereignis im mittleren Bereich einzuordnen. Von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind (BGE 117 V 367 E. 6a), müssten demnach für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 117 V 367 E. 6b).

4.3.1 Bei diesem

Unfallereignis liegen keine besonders dramatischen Begleitumstände vor. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers gilt praxismässig ein Überschlagen eines Autos nicht schon als besonders eindrückliches Ereignis (RKUV 2003 Nr. U 481 S. 204 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 4.3.2

Der Unfall hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas und eines milden Schädel-Hirntraumas vermag die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich alleine nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3). Solche Umstände sind hier nicht aktenkundig. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. BGE 134 V 127 E. 10.2.2). 4.3.3

Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (BGE 134 V 127 E. 10.2.3). Nach dem zweitätigen Spitalaufenthalt wurde der Beschwerdeführer medikamentös behandelt. Um dem ungünstigen Verlauf nach einem Schädel-Hirntrauma zu begegnen, wurde er nach zweieinhalb Monaten einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon zugeführt. Anschliessend wurden eine psychiatrische Behandlung sowie eine Physiotherapie begonnen. Auch wenn später erneut ein stationärer Klinikaufenthalt in St. Pirminsberg erfolgte, der erfolglos abgebrochen werden musste, handelt es sich damit nicht um eine fortgesetzt spezifische, den Beschwerdeführer belastende ärztliche Behandlung. 4.3.4

Hingegen leidet der Beschwerdeführer seit dem Unfall an einem chronischen Zervikalsyndrom sowie an psychischen Beschwerden. Anlässlich der Untersuchung der Fachärzte des AEH vom 16. und 17. Dezember 2004 beklagte der Beschwerdeführer über Tag und Nacht andauernde Schmerzen im Nacken- und Schultergürtelbereich links mit Ausstrahlung in den linken Arm und in alle fünf Finger links. Zudem liege ein "Stromgefühl" im ganzen halben Schädelbereich links sowie im linken Arm vor. Im Bereich beider Wangen und des Kiefers habe er ein Juckgefühl, hin und wieder vibriere der Bereich unterhalb der Augen. Oft sei ihm schwindlig (UV act. I/91, S. 7). Diese Beschwerden werden unvermindert auch gegenüber den Fachärzten des ABI angegeben (G act. 9 S. 16). Die Beeinträchtigung der seit dem Unfall ohne Unterbruch bestehenden Beschwerden ist somit als erheblich anzusehen (BGE 134 V 1298 E. 10.2.4). Dieses Kriterium ist deshalb erfüllt, wenn auch nicht in ausgeprägter Art und Weise. 4.3.5

Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen kann nicht schon dann angenommen werden, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt. Das Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. 4.3.6

Ebenso wenig kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, gesprochen werden. 4.3.7

Neu ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts gefordert, dass eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesenen Anstrengungen besteht (BGE 134 V 130 E. 10.2.7). Aus den medizinischen Akten ist ersichtlich, dass übereinstimmend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf ausgegangen wird. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht besteht gemäss AEH-Gutachten bei einer leichten, körperlich wechselhaft belastenden Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (UV act. I/91, S.12). Der Neurologe Dr. E.____ erachtet die Arbeitsfähigkeit hinsichtlich des Schmerzsyndroms zu 40% als eingeschränkt (UV act. I/90, S. 18). Dr. G.____ schätzt die Arbeitsunfähigkeit auf Grund der psychischen Beschwerden auf 80% ein (UV act. I/89, S. 17). Gesamthaft wird von einer 60% Arbeitsfähigkeit

ausgegangen (UV act. I/91, S. 12). Die Ärzte der Klinik in St. Pirminsberg gehen gar von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auf Grund der psychischen Beschwerden aus (UV act. I/110). Gemäss ABI-Gutachten sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte und adaptierte Tätigkeit mit einer 50%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zumutbar. Auf Grund der psychischen Erkrankung sei die Arbeitsfähigkeit um 20% vermindert, was sich jedoch nicht zusätzlich zu den vorgegeben Einschränkungen aus somatischer Sicht auswirke, weil die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten (G act. 9 S. 22). Damit liegt eine ununterbrochene ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit vor. Bis auf einen Arbeitsversuch im Sommer 2004 hat der Beschwerdeführer keine Willensanstrengung mehr in diese Richtung unternommen. Die lange Arbeitsunfähigkeit kann ihm deshalb gemäss aktueller Rechtsprechung nicht angerechnet werden, weil es an den geforderten, nachgewiesenen Anstrengungen fehlt, wieder in den Arbeitsprozess zurückzufinden. 4.4 Selbst wenn die Beschwerden durch den Unfall teilweise verursacht worden sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang vorliegend nicht erfüllt. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt und reicht praxisgemäss nicht aus, um dem Unfall vom 4. November 2003 eine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 31. August 2006 hinaus andauernden Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers zuzuerkennen. Damit hat die Beschwerdegegnerin eine weitere Leistungspflicht (einschliesslich der geltend gemachten Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung) zu Recht verneint.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf eingetreten wird. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

E. 6

Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung am 13. März 2008 bewilligt. Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, 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 Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Die Honorarnote der Rechtsvertreterin vom 10. April 2008 beträgt bereits gekürzt und inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer Fr. 3'357.10. Dieser Betrag scheint der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Dazu sind ermessensweise weitere zwei Stunden à Fr. 200.-- inkl. 7.6% MwSt. von Fr. 30.40 für Stellungnahme zum nachträglich edierten ABI-Gutachten zu gewähren, somit insgesamt Fr. 3'787.50. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 3'787.50 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.